UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 35

FACULTÉ DE MÉDECINE

TRAITEMENT

DES

MÉTRITES CHRONIQUES INVÉTÉRÉES

PAR

LE CURETTAGE ET L'AMPUTATION DU COL

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 Février 1912

PAR

Henry BERGER

Né à Thiers (Puy-de-Dôme), le 20 septembre 1885

Ex-interne des Hôpitaux d'Algérie

Lauréat de l'Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand (Concours 1910)

Délégué sanitaire à l'épidémie de choléra de Tunisie (1911)

Pour Obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse	De ROUVILLE, Prof.-adj., *Président.*	
	VALLOIS, Professeur	
	DELMAS, Agrégé	*Assesseurs*
	EUZIÈRE, Agrégé	

MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissette

1912

TRAITEMENT

DES MÉTRITES CHRONIQUES INVÉTÉRÉES

PAR LE CURETTAGE ET L'AMPUTATION DU COL

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 35

FACULTÉ DE MÉDECINE

TRAITEMENT

DES

MÉTRITES CHRONIQUES INVÉTÉRÉES

PAR

LE CURETTAGE ET L'AMPUTATION DU COL

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 Février 1912

PAR

Henry BERGER

Né à Thiers (Puy-de-Dôme), le 20 septembre 1885

Ex-interne des Hôpitaux d'Algérie

Lauréat de l'Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand (Concours 1910)

Délégué sanitaire à l'épidémie de choléra de Tunisie (1911)

Pour Obtenir le Grade de Docteur en Médecine

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

Examinateurs de la Thèse

- De ROUVILLE, Prof.-adj., *Président.*
- VALLOIS, Professeur
- DELMAS, Agrégé
- EUZIÈRE, Agrégé

Assesseurs

MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissette

1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Profes. honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT, HAMELIN (✲).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib. ch. de c.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, ag. lib. ch. de c.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIERE.
GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.	LECERCLE.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	FLEIG (ch. d. fonct.)

Examinateurs de la thèse :

MM. DE ROUVILLE, *Président.*	MM. DELMAS, *Agrégé.*
VALLOIS, *Professeur.*	EUZIÈRE, *Agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MA MÈRE

C'est ton nom seul que je veux mettre en tête de ce modeste travail. L'amour sans borne et le dévouement sans limite que tu n'as cessé de me prodiguer m'ont permis de mener à bien la tâche que je m'étais imposée. C'est à toi seule que je dois ma réussite, toi seule en a tout l'honneur.

Certes tu n'eus, pendant de longues années, pour toute satisfaction que ma joie que tu faisais tienne et ma confiance en l'avenir aux jours de succès, aussi est-ce du fond de mon cœur que je t'offre cette thèse inaugurale, bien faible témoignage de ma filiale reconnaissance et de ma profonde affection.

H. BERGER.

A MON FRÈRE

ÉLÈVE A L'ÉCOLE POLYTECHNIQUE

Avec quel bonheur, mon bien cher Louis, j'écris cette dédicace, car je sais que ta joie en lisant ces lignes est certainement égale à l'orgueilleux enthousiasme qui s'empara de moi au jour où j'appris que tu pouvais coiffer l'illustre « claque », ceindre la non moins illustre « épée », objets de tes louables convoitises et couronnement de tant d'années de labeur.

Ces années d'étude, que nous avons vécues heureux sans l'ombre d'un désaccord, vont finir bientôt pour toi, comme pour moi demain. Puisse leur souvenir te rappeler aujourd'hui ce dont tu n'as jamais douté : Que je t'aime de tout mon cœur.

H. BERGER.

Puisqu'il ne nous est pas donné d'offrir cette thèse à nos chers disparus, père, grand-père, et surtout à notre chère et vénérée grand'mère, qui suivit nos études avec tant d'intérêt et d'affectueuse sollicitude, qu'il nous soit permis de dédier à leur mémoire ces pages inaugurales en témoignage de reconnaissance filiale.

Trop heureux si, nous inspirant de leur exemple, nous pouvons conquérir dans la suite une partie de l'estime et du respect qu'ils avaient su inspirer à ceux au milieu desquels ils ont vécu !

H. BERGER.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE ROUVILLE

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Mon cher Maître,

Après m'avoir accepté comme votre élève, véritable enfant gâté, vous avez bien voulu encore m'inspirer ce travail, le diriger. Je vous prie de l'accepter, malgré ses imperfections, comme le témoignage le plus sincère de ma profonde reconnaissance et de mon respectueux attachement.

H. BERGER.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VALLOIS

En témoignage de profonde reconnaissance et pour le grand honneur qu'il nous fait en siégeant à notre thèse.

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

DELMAS ET EUZIÈRE

Dont nous garderons le meilleur souvenir pour la façon particulièrement obligeante avec laquelle ils nous ont toujours accueilli ; qu'ils soient assurés ici de toute notre gratitude.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR DYONIS DU SÉJOUR

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR LEROY

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX DE CONSTANTINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

H. BERGER.

Nous n'avons jamais tourné une page de notre vie avec plus d'émotions et d'heureux regrets que celle-ci. Nous connaissons bien les douceurs de l'existence que nous quittons, et nos amis et nos aînés nous ont déjà dit l'amertume, les angoisses, les déceptions et les lourdes responsabilités de la carrière où nous entrons.

A cette vie passée, où l'effort nous était si doux, où les encouragements nous attendaient à chaque pas, où nos maîtres, devenus des juges pour quelques heures, estompaient nos faiblesses de leur bienveillance, va succéder une existence de luttes continuelles que nous redoutons sans la craindre parce que nous l'avons délibérément choisie comme la plus belle entre toutes.

Instinctivement nous cherchons quels seront nos soutiens dans ce combat sans trêve ; et sur qui pourrions-nous compter pour être nos conseillers et nos guides, si ce n'est sur ceux-là mêmes qui se firent hier nos aides et nos amis?

Aussi à l'heure où ce passé plein de charmes nous paraît si doux par son contraste avec un avenir menaçant, nous nous rapprochons par le cœur de tous ceux qui nous firent ce que nous sommes, de ceux qui nous aimèrent, et nous leur exprimons la confiante reconnaissance que nous leur gardons pour toujours.

Nous adressons particulièrement nos remerciements

aux maîtres qui se sont efforcés de faire de nous un médecin et surtout un praticien, à ceux qui nous ont si bien armé pour être utile à nos semblables et dont l'exemple admirable nous laisserait sans excuses si nous venions à pécher un jour contre l'honneur ou le devoir professionnel.

Notre première pensée de gratitude ne peut aller qu'à cette Ecole de médecine de Clermont-Ferrand où des maîtres qui nous sont bien chers eurent la tâche, difficile entre toutes, de nous donner les premières notions de la science médicale.

Nous avons fait nos débuts dans le service de clinique chirurgicale de M. le professeur agrégé Bousquet, directeur de l'Ecole, qui n'a cessé de nous donner pendant tout notre séjour les marques de la plus sympathique bienveillance.

Toujours reçu, autrement qu'en stagiaire, dans son service, où nous sommes resté deux ans, nous avons acquis près de ce maître éminent, et par le contact intime qu'il voulait que nous ayons chaque jour avec le malade, la science pratique que l'on n'acquiert que par l'intervention directe et que les livres enseignent mais n'apprennent pas. Nous le remercions bien vivement de son enseignement si essentiellement pratique et de sa constante sollicitude.

C'est dans le service de M. le professeur Maurin, médecin des hôpitaux, que nous avons fait nos premières études médicales. Il daigna s'intéresser au zèle et à la bonne volonté d'un jeune stagiaire ignorant : avec lui nous auscultâmes notre premier malade, avec lui nous acquîmes nos premières notions cliniques ; son ancien élève lui en gardera toujours le souvenir le plus reconnaissant.

Que ne devons-nous pas à M. le professeur Buy? Il a fait notre éducation anatomique et plus tard a continué notre éducation professionnelle en nous initiant aux secrets du diagnostic, en nous faisant profiter de son vaste savoir. En des circonstances particulièrement tristes pour nous, il a été le médecin qui soigne et l'ami qui console. Nous lui avions donné toute notre confiance, aussi lui disons-nous de tout cœur : merci, pour ses leçons qui nous furent si profitables et pour les soins si éclairés et vraiment désintéressés qu'il a donnés depuis longtemps déjà à notre famille.

Nous remercions vivement aussi nos autres maîtres de l'Ecole de Clermont : MM. les professeurs Planchard qui nous initia à l'art délicat des accouchements, Argaud, Piollet, Mally, Billard et MM. les Chefs de clinique Robert, Bellet et Jarron.

La vieille Faculté de Montpellier nous réservait l'accueil le plus cordial et c'est dans cette illustre École que nous avons achevé notre éducation professionnelle.

Nous ne saurions dire tout le profit que nous avons retiré de notre fréquentation de la clinique médicale de M. le professeur Carrieu.

Nous n'oublierons pas les leçons de clinique chirurgicale de M. le professeur Tédenat, dont la traditionnelle bonhomie sait si bien mettre en valeur le haut enseignement scientifique.

Nous ne saurions non plus passer sous silence les lumineuses leçons d'urologie du jeudi de M. le professeur Jeanbrau, qui voulut bien s'intéresser particulièrement à nous et nous permettre l'accès quotidien de son service de voies urinaires, spécialité dont nous nous occuperons.

Pendant notre stage en ophtalmologie chez M. le professeur Truc nous avons appris mille choses pratiques

qui nous ont été d'un grand secours en Algérie pendant nos intérims de médecin de colonisation.

Nous avons toujours suivi avec grand intérêt les consultations gratuites de MM. les professeurs agrégés Riche, Leenhardt, Massabuau.

M. le professeur agrégé Cabannes nous a accueilli avec une extrême bienveillance ; nous lui savons gré des conseils qu'il a bien voulu nous donner à notre arrivée, pendant tout notre séjour à la Faculté de Montpellier, et nous lui disons de tout cœur : merci.

Nommé interne des hôpitaux de Constantine, nous y avons passé une année tout entière de pratique sous la direction de maîtres dont l'expérience, déjà longue, égalait la science et le dévouement.

Que MM. les docteurs Barraud, médecin en chef de la Maternité ; Morsly, avec qui nous avons assuré le service des Lazarets et des tuberculeux; Noël Martin, chirurgien dont la valeur est aussi incontestable qu'incontestée et qui nous a toujours accueilli avec une grande affabilité, veuillent bien recevoir ici l'hommage public de notre respect, l'expression de notre vive reconnaissance.

Nous voulons aussi remercier d'une façon toute particulière M. Martel, pharmacien en chef des hôpitaux de Constantine, qui fut en toutes occasions le conseiller le plus sûr et l'ami le plus éclairé ; M. le docteur Picquel, inspecteur des épidémies, qui au moment de notre départ pour l'épidémie de choléra de Tunisie nous prodigua les conseils de sa savante expérience et trouva des paroles si encourageantes que nous partîmes sans arrière-pensée.

Nous n'avons garde d'oublier M. le docteur Gallet, ophtalmologiste des hôpitaux, qui fut aussi pour nous un Maître excellent. Nous nous rappelons toujours avec plaisir nos conversations longues et parfois « gauloises »

rompant très agréablement la monotonie de la salle d'opérations. Nous le prions de croire à toute notre gratitude.

Il nous reste encore un devoir à remplir, oh ! très doux celui-là, et nous avons voulu terminer par là notre préambule pour que notre dernière pensée soit une pensée d'infinie reconnaissance, à l'égard de ceux qui furent vraiment nos Maîtres et les meilleurs, ceux aussi à qui nous réservons la meilleure part de notre affection reconnaissante et respectueuse.

Peu de temps après notre arrivée à l'Ecole de Clermont nous entrions comme assistant au service de M. le professeur Dionys du Séjour, chirurgien des hôpitaux, et pendant trois années, trop courtes à notre gré, nous avons eu l'honneur de le suivre et d'être avec lui chaque jour.

De ce contact intime avec le Maître qui nous donnait confiance, de ce fait que nous pouvions tout voir de très près, et puis bientôt faire par nous-même, de cette initiative qui nous était laissée à chaque instant, de ces leçons essentiellement simples et pratiques faites à chaque pas et à propos de tout, enseignement plus assimilable que le meilleur des livres, nous avons fait les bases solides de notre éducation médicale. Combien nous regrettons aujourd'hui de ne pas avoir su davantage pour profiter de tout et être plus utile.

Nous osons espérer, mon cher Maître, que vous nous avez conservé cette confiance dont nous avons eu si souvent les marques délicates ; nous nous en réjouissons à l'avance et nous envisageons l'avenir sans crainte, car nous sommes certain de trouver en vous, aux jours de besoin et d'ennui, l'aide scientifique et le conseil d'ami que nous ne manquerons pas de vous demander.

C'est une joie pour nous de vous dire ici toute notre profonde et affectueuse reconnaissance ; vous ne doutez

pas de notre sincérité, comme nous n'avons jamais douté de votre amitié et de votre indulgence. Fasse l'avenir que nous puissions vous prouver d'une façon moins platonique combien nous vous sommes attaché!

Il est aussi un nom que nous ne pouvons évoquer sans une profonde émotion, c'est celui de M. le docteur Leroy, chirurgien des hôpitaux de Constantine, dont nous eûmes l'honneur d'être l'interne pendant un an.

Trop de souvenirs nous viennent à cette heure à l'esprit, mon cher Maître, pour que nous n'ayons pas la douce pensée de vous envoyer là-bas, où nous avons vécu et travaillé heureux à vos côtés, l'hommage de notre plus sincère gratitude. A Clermont nous avions appris à tenir un bistouri, vous avez voulu que nous sachions nous en servir. Et ainsi chaque jour sous vos yeux nous avons fait ce que le hasard du service hospitalier conduisait à la salle d'opérations.

De chacune de ces heures, hélas! trop courtes, où nous apprîmes, grâce à vous, vraiment notre « métier », de ces leçons que votre longue expérience rendaient si utiles, parce qu'elles étaient simples et vécues, de cette confiance absolue que nous nous savions acquise et dont nous étions si fier, de cet appui si fort que vous avez donné en toutes circonstances, — et surtout quand nous voulûmes traiter par la méthode d'Ehrlich les syphilitiques de notre service, car nous eûmes l'honneur de faire à Constantine la première piqûre de 606, — de votre enthousiasme à nos premiers résultats heureux, de tous ces moments passés auprès d'un Maître bien cher, nous avons conservé le plus religieux souvenir.

Nous envions notre heureux successeur et, tout en souhaitant que vous puissiez former encore et longtemps

de vrais médecins, nous vous renouvelons, mon cher Maître, l'expression de notre plus entière reconnaissance.

A ces deux noms si chers, nous nous faisons un devoir d'ajouter le nom de notre dernier Maître, M. le professeur De Rouville. Durant tout notre séjour à Montpellier, il nous a prodigué ses conseils de praticien expérimenté et écouté de tous, il a cherché à nous donner le sens exact du diagnostic, le souci des connaissances pratiques indispensables dans l'accomplissement de notre devoir journalier ; en toutes circonstances il nous a prêté son puissant concours. Nous avons été dans son service, non seulement un élève, mais un véritable enfant gâté, et nous devons à cette situation privilégiée, qui nous a permis de tout voir de très près, le meilleur de nos connaissances gynécologiques.

Qu'il nous soit permis, mon cher Maître, de vous présenter l'hommage de nos plus vifs remerciements pour l'intérêt avec lequel vous nous avez suivi dans le cours de nos études à la Faculté de Montpellier, pour l'enseignement si simple et si scientifique que vous nous avez donné chaque jour et pour le grand honneur que vous nous faites en acceptant la présidence de cette thèse que vous nous avez inspirée.

Nous nous souviendrons que vous avez été notre dernier Maître et que c'est vous qui avez prononcé le solennel « dignus est intrare », *qui nous ouvre les portes de la grande famille médicale. Nous nous rappellerons aussi tout ce dont nous vous sommes redevable et nous souhaitons qu'un avenir prochain nous permette de vous prouver, ce que nous déclarons publiquement aujourd'hui, que nous vous sommes fidèlement attaché.*

Nous ne voulons pas terminer sans dire merci à tous

ceux qui, dans notre vie d'étudiant, ont été pour nous des amis; que MM. les docteurs Maffre de Baugé, Vismard, Albessard, interne des hôpitaux de Constantine, laissé là-bas au pays bleu, reçoivent ici l'expression de notre amitié bien sincère.

TRAITEMENT

DES

MÉTRITES CHRONIQUES INVÉTÉRÉES

PAR

LE CURETTAGE ET L'AMPUTATION DU COL

PRÉAMBULE

Nos longs stages de début dans les services de chirurgie, et les deux années que nous venons de passer comme assistant ou comme interne dans des services de voies urinaires et plus particulièrement de gynécologie, nous ont permis de nous faire une assez juste idée des affections les plus courantes rencontrées chaque matin à la salle d'opération. Parmi ces affections il en est une dont la fréquence nous a particulièrement frappé, car les malades qui en souffrent, encombrent absolument les services de gynécologie.

Nous avons vu employer pour les combattre une multitude de traitements, et, en dépit des soins reçus, nous avons dû maintes fois voir revenir dans nos services des malades traitées quelque temps auparavant sans succès bien appréciable.

Nous voulons parler des métrites chroniques anciennes, soignées avec succès dans le service de M. le pro-

fesseur de Rouville par le curettage et l'amputation du col.

Nous chercherons à les définir au point de vue étiologique, à en décrire les symptômes, à en faire un diagnostic exact.

Nous donnerons ensuite quelques détails sur leur anatomie pathologique, sur les lésions qui les caractérisent.

Leur traitement fera l'objet d'un article spécial, où nous exposerons les divers procédés employés suivant le siège des lésions.

Nous pourrons aussi donner les résultats de notre thérapeutique, ses avantages, mais aussi les quelques insuccès que nous avons observés, car il nous a été permis, grâce à l'aide de M. le professeur de Rouville, d'avoir des nouvelles, soit directement, soit par lettre, de toutes les malades dont les observations sont consignées dans ce travail.

Nous avons ajouté au terme « métrite chronique » le qualificatif « invétéré », et nous l'avons fait à dessein pour bien montrer que nous n'envisagions pas la simple métrite cervicale comme celle par exemple que les anciens auteurs qualifiaient de métrite balistique, fréquente chez les jeunes mariées, et qu'ils attribuaient aux excès de la lune de miel. Quelques ménagements et des soins hygiéniques locaux, simples injections qu'on néglige souvent par pudeur stupide, en ont promptement raison ; nous avons ajouté, disons-nous, le qualificatif « *invétéré* » pour bien montrer que nous n'étudierions ici que les métrites anciennes ayant résisté à tout traitement, et c'est d'elles seules que nous nous occuperons.

PREMIÈRE PARTIE

ETIOLOGIE

Les affections génitales de la femme ont une origine assez simple ; en dehors des tumeurs, de quelques malformations congénitales ou acquises, de lésions accidentelles succédant à des accouchements ou à des traumatismes, elles résultent d'infections ou de dystrophies.

Comme toutes les cavités ouvertes, les premières voies génitales renferment, à l'état physiologique, des germes aussi nombreux que variés. Dans les conditions normales, on les rencontre exclusivement dans le vagin, ils ne dépassent pas la portion externe du col. Ce sont de simples saprophytes, qui ne paraissent prendre aucune part aux divers processus pathologiques. Il y a cependant parmi eux des staphylocoques et des streptocoques que certaines modifications du milieu peuvent rendre pathogènes, et des anaérobies dont l'action malfaisante se révèle promptement lorsqu'il existe à la surface de la muqueuse une plaie, ou des caillots de sang, des débris de placenta, de membranes en voie de désorganisation. Néanmoins, comme le fait remarquer Hirsch, ces organismes ne font

courir aucun péril sérieux à l'appareil génital ; le danger réside avant tout dans l'importation des microbes venus du dehors, tels que le gonocoque, le streptocoque, le staphylocoque et plus rarement le coli-bacille.

Ils sont loin d'avoir tous la même importance, et la première place appartient incontestablement au streptocoque, agent ordinaire des complications observées à la suite des accouchements ou des fausses couches, et aussi au gonocoque, qui est la cause la plus fréquente de l'infection génitale de la femme à tous les âges.

Chacun de ces microbes, s'adaptant parfaitement à un milieu qui leur est des plus favorables, s'implante et, pour peu qu'on tarde à l'en chasser, va cultiver et créer les lésions que nous voulons définir.

Disons d'abord qu'il est absolument faux de représenter la métrite chronique comme la suite et le résidu d'une métrite aiguë ; il est beaucoup plus exact de dire que c'est le résultat d'une infection ayant évolué lentement, d'une façon sournoise et larvée, parfois ayant même sommeillé, avant d'avoir fait son apparition, assez longtemps après que la cause infectante a disparu. Il y a là, en un mot, des faits analogues à ceux que Verneuil a réunis sous le nom de « microbisme latent ». Ils en présentent la marche insidieuse, les exacerbations inattendues ; si bien qu'il y a plus d'un point de contact dans l'allure clinique d'un foyer d'ostéite ancienne et celle d'une métrite chronique. Dans l'intervalle des poussées aiguës, qui sont toujours imminentes, l'un et l'autre constituent plutôt une infirmité qu'une maladie, et c'est là, croyons-nous, la meilleure définition que nous puissions en donner.

Le plus souvent il s'agit d'infection puerpérale, soit post partum, soit post abortum ; très souvent aussi, et

le caractère latent est là particulièrement gênant, de gonococcie.

La parturition est une des causes les plus fréquentes ; après l'accouchement normal, l'avortement spontané ou provoqué, larvé ou reconnu, l'utérus est dans un état particulier d'hyperplasie et de congestion qui demande pour se dissiper des conditions hygiéniques spéciales. Or, ces conditions sont très fréquemment négligées, soit par incurie, soit par pudeur exagérée, ce qui est assez inconcevable. On laisse la jeune accouchée sans injection et, pour peu qu'elle le veuille, on l'invite à se lever.

Il n'y a certes pas de règle bien fixe à cet égard, on doit en général attendre que l'utérus ait repris son volume normal. Sans cela on voit survenir toute la suite des accidents consécutifs au surmenage et aux infections post partum.

L'involution de l'utérus ne se fait pas avec la même rapidité chez toutes les femmes ; elle ne consiste pas dans la simple rétraction de la paroi musculaire sur sa cavité distendue par le produit de la conception. Les fibres musculaires hypertrophiées subissent la dégénérescence granulo-graisseuse, et leurs éléments désagrégés sont saisis par des phagocytes qui les entraînent à travers les lymphatiques dilatés. Aussi longtemps que dure ce travail, l'utérus reste gros, ses veines et ses lymphatiques se vident difficilement sous l'influence de la marche, de la fatigue, sa muqueuse se reforme lentement, le col béant laisse aux germes pathogènes un libre accès vers la plaie utérine qui n'est pas encore cicatrisée. Dans de telles conditions il suffit du moindre incident pour infecter l'utérus ; les injections insuffisamment aseptiques, les traumatismes occasionnés par l'introduction maladroite d'une canule, la reprise préma-

turée et quelquefois immodérée des rapports sexuels, constituent autant de causes de contamination. Ainsi s'installent les accidents de métrite plus communs chez les multipares, dont l'utérus a déjà souvent un volume excessif en même temps que sa cavité reste plus facilement béante.

Mais c'est surtout lorsque l'accouchement n'a pas été normal, qu'il y a eu en particulier des difficultés pour la délivrance ou que des débris de placenta ont plus ou moins longtemps séjourné dans sa cavité, que l'utérus est sujet à s'infecter. On ne peut alors douter qu'il n'y ait une véritable infection locale, et, si un traitement rigoureusement antiseptique n'est pas institué d'une façon précoce, il est à craindre que cette infection, d'abord insidieuse, ne s'installe en affection latente pour prendre à plus ou moins longue échéance la forme chronique.

Nous ferons la même remarque en ce qui concerne les avortements où il est fréquent de voir des débris de membranes, parfois imperceptibles, se greffer sur la muqueuse utérine et représenter autant de centres d'infection. Cette fréquence de l'infection dans les cas d'avortement tient aussi à ce que souvent celui-ci est provoqué par des manœuvres criminelles faites avec des instruments qui sont loin d'être stériles, aseptiques ou simplement propres. Une particularité à laquelle on a attribué une influence considérable dans l'établissement de la métrite chronique, c'est la déchirure ou, pour reproduire l'expression d'Emmet, « la lacération du col ».

Nous nous bornerons à dire que la déchirure joue tout simplement un rôle de porte ouverte à l'infection, produit un *locus minoris resistentiæ* où les microorganismes pathogènes trouvent un terrain très favorable à leur développement.

A côté des causes d'angine puerpérale nous trouvons l'étiologie gonococcique, et certes ce n'est pas la moindre, car par sa marche lente, insidieuse, par ses moments d'accalmie presque complète, par ses exacerbations brusques, par sa ténacité désespérante, par son extrême fréquence, elle crée une véritable infirmité et constitue un réel danger social.

Le temps est lointain où Ricord disait : « Quelques mets épicés, des huîtres, du champagne et de brillants exploits amoureux, voilà plus qu'il n'en faut pour être loti d'une magnifique blennorragie. »

Nous savons maintenant qu'il en est autrement, que la blennorragie est engendrée par le gonocoque, et qu'une femme peut avoir une gonococcie du côté des voies génitales sans qu'elle s'en doute, et c'est là le fait le plus grave.

Le gonocoque est loin d'atteindre systématiquement les voies urinaires chez la femme ; ainsi pendant fort longtemps la blennorragie peut n'être pas accompagnée d'envies fréquentes d'uriner, de mictions douloureuses. Le gonocoque peut faire une courte incursion dans le vagin et se localiser dans le col.

C'est à peine si, dans certains cas et au début, l'inflammation apparaît au niveau de l'orifice externe du col. La réaction peut être à peu près nulle. Les sécrétions peuvent être apparentes et durer très peu. Tout rentre dans l'ordre qui ne semble pas avoir été troublé.

La femme ne se doute pas qu'elle a été malade et cela peut durer fort longtemps, jusqu'au jour où, sous une influence quelconque, après une fausse couche, un avortement, on oblige les microorganismes pathogènes de la blennorragie à sortir de la profondeur où ils se

cachent, dans les coins et les recoins de la muqueuse cervicale, pour provoquer une métrite qui va d'emblée être chronique si elle n'est pas bien traitée et soignée dès le début.

SYMPTOMES

Les principaux caractères de la métrite chronique sont : la douleur, la leucorrhée, la dysménorrhée, quelquefois la métrorragie, auxquels se joignent des symptômes du côté des organes nerveux voisins (vessie, rectum), ou éloignés (tube digestif, système nerveux).

Nous allons les passer successivement en revue.

Douleur. — Cette douleur est constante ; elle siège dans le petit bassin, mais, point à noter, elle n'a pas toujours son foyer principal au niveau même de l'utérus ; c'est dans une des régions iliaques, et souvent surtout dans la région iliaque gauche, que la femme souffre le plus.

On trouve un autre point douloureux dans la région lombaire. La douleur augmente par les faux pas, les travaux de force, les cahots de la voiture, elle est sourde, persistante, gravative ; elle donne lieu à une sensation de poids, de ptose abdominale, la malade, au dire de Pozzi, « sent son utérus ». Parfois la douleur est exaspérée par la pression et surtout par le palper associé au toucher, au moment où on essaye de mobiliser l'utérus.

Leucorrhée. — C'est un phénomène constant dû à l'exagération et à l'altération morbide de la sécrétion

utérine et vaginale physiologique. Il existe plusieurs espèces de leucorrhée. Celle qui nous occupe est glaireuse, gélatiniforme, mêlée à du pus jaune verdâtre, elle empèse fortement le linge. L'écoulement leucorrhéique est à peu près continu car la sécrétion se fait d'une façon constante.

Dans certains cas très anciens les pertes blanches sont d'une abondance considérable et répandent une odeur horriblement fétide.

Dysménorrhée. — La dysménorrhée s'observe très souvent dans les métrites par suite de certains obstacles mécaniques à l'expulsion du flux menstruel (antéflexion, rétroflexion) qui favorisent eux-mêmes l'inflammation.

Les hémorragies sont aussi très fréquentes. Elles peuvent survenir en même temps que les règles et les prolonger un temps plus ou moins long ; comme elles peuvent aussi s'installer en dehors de la période cataméniale.

On observe ainsi des symptômes de voisinage. La femme ressent très fréquemment de la douleur en urinant, les mictions sont plus fréquentes et il peut survenir du ténesme vésical, mais ces cas sont rares. La constipation est assez habituelle et vient beaucoup de ce que les malades, souffrant en allant à la garde-robe, à cause des efforts que cet acte demande, par les ébranlements qu'il communique à l'utérus malade, s'abstiennent et craignent de s'y rendre.

Le manque d'appétit, les nausées, parfois les vomissements, s'accompagnent le plus fréquemment de dilatation de l'estomac, de dyspepsie.

Nous avons également observé chez certaines femmes une toux sèche revenant par quintes et constituant une sorte de tic. Ce qui la caractérise, c'est qu'elle ne répond

à aucun signe stéthoscopique et guérit avec la lésion utérine.

Réflexes du côté du système nerveux.— Les névralgies sont très fréquentes. La pathogénie de ces réflexes s'explique par la richesse d'innervation des organes génitaux qui sont reliés à la fois au grand sympathique et à la moelle. La névralgie intercostale est tellement habituelle que Banereau a pu prétendre « que cette névralgie était presque toujours liée à l'existence d'une métrite ». On trouve aussi de la tachycardie imputable à la fois à des réflexes nerveux et à l'anémie.

Les troubles du système nerveux général sont très variables ; ils peuvent revêtir, a dit Courty, « toutes les formes de l'hystérie, non qu'ils tiennent à l'hystérie véritable, mais parce que, chez la femme, les altérations du système nerveux, celles surtout dont l'utérus est le point de départ, prennent le plus souvent ce caractère ».

Il est encore une conséquence des affections génitales qui est très fréquente, surtout dans les affections de date ancienne, et c'est le cas qui nous occupe. Cette conséquence provenant des métrites chroniques auxquelles vient s'ajouter ce que Glénard appelle l'entéroptose, c'est un état de neurasthénie particulière, de faiblesse extrême du système nerveux qui rend la femme en quelque sorte paresseuse, apathique et incapable de tout effort. Cet état est d'autant plus caractéristique et curieux qu'il coïncide souvent avec un état de santé relativement satisfaisant et qui ne semble pas en rapport avec un pareil état de langueur. Les malades ont le dégoût de tout ce qui est peine, même très légère, le moindre effort les effraie, elles évitent l'exercice et le bruit, le contact avec les foules les indispose, elles ne se trouvent bien qu'au repos et seules. Elles craignent les relations conjugales, car parfois

le coït est particulièrement douloureux. Et ainsi après un temps plus ou moins long passé avec des alternatives très diverses de calme et de douleurs, après maints traitements tous aussi inefficaces les uns que les autres, elles viennent à nous avec cette teinte terreuse de la face, cet air souffreteux du visage qui caractérisent ce qu'on a appelé le facies utérin.

Signes physiques. — Tels sont les signes rationnels qui constituent le syndrome utérin et en particulier celui de la métrite chronique. Nous n'avons qu'à jeter les yeux sur l'une quelconque des observations que nous citons à l'appui de notre travail, pour relever sans peine la suite des signes physiques révélés par l'examen direct.

Le toucher vaginal fait reconnaître que le col est gros, entr'ouvert et irrégulier, quelquefois légèrement douloureux. Il fait reconnaître la présence d'une déchirure unique ou en étoile, plus ou moins étendue. Souvent il constate la présence de kystes enchâssés comme des grains de plomb dans le tissu du col. Le soulèvement de tout l'organe sur le doigt, le ballottement imprimé à l'utérus, réveillent une douleur plus ou moins vive dans le petit bassin. La pression causée par le doigt vaginal sur la face antérieure du corps utérin, la palpation par l'abdomen de son fond, provoquent souvent de la douleur.

Dans la métrite cervicale parenchymateuse compliquée de déchirure on constate quelquefois une douleur vive, aiguë, réveillée par la pression du doigt, soit au niveau de la saillie d'un kyste glandulaire, soit à la face interne de la lèvre antérieure sur une masse saillante d'hypertrophie glandulaire, soit au niveau de la cicatrice de l'angle de la déchirure, soit à la base du ligament large correspondant à cette déchirure.

Le toucher permet aussi de connaître que les culs-de-sac sont libres, dans les cas non compliqués d'inflammation para-utérine : l'utérus est alors parfaitement mobile et indolore.

Le spéculum montre le col béant, laissant échapper en abondance un mucus glaireux filant et épais, difficile à détacher. Le col est gros, ses lèvres sont quelquefois rouges, gonflées, fortement éversées, avec déchirures et ulcérations. La muqueuse peut être ectropionnée, rouge et saignante.

Chez les nullipares on trouve simplement des ulcérations superficielles siégeant au voisinage de l'orifice et un col très hypertrophié et congestionné, c'est le col « en barillet ».

Parfois quelques grains jaunâtres, semblables à de petites pustules d'acné, seront l'indice d'un kyste superficiel (œuf de Naboth). L'introduction de l'hystéromètre montrera diverses particularités intéressantes. On constatera ordinairement un agrandissement dans la cavité utérine ; l'hystéromètre passe facilement dans le canal cervico-utérin, mesure 7-8-9 centimètres et quelquefois plus, si l'inflammation porte sur tout l'organe; quelquefois, au contraire, il pénètre difficilement si l'orifice est rétréci, ou il doit être courbé pour suivre le chemin d'une déviation utérine. Il indique aussi souvent la sensibilité de l'organe, la tendance de la muqueuse aux hémorragies, les inégalités de la surface, la présence des brides fibreuses, ou des tumeurs polypeuses ou interstitielles.

Dans la métrite des nullipares le col peut être très petit, son orifice punctiforme, et empêcher ainsi l'hystérométrie.

S'il y a des fongosités très accusées, on pourra parfois les sentir avec le cathéter.

Nous terminerons l'énumération des signes physiques et fonctionnels par la description, très courte du reste, d'une variété de métrite chronique dont nous avons une observation.

C'est celle qui a été désignée sous le nom d'endométrite exfoliante, de *decidua menstrualis*. Le phénomène capital est l'élimination douloureuse au moment des règles, et, à ce moment seulement, d'une partie de la muqueuse utérine. Parfois ce ne sont que des lambeaux qui sont éliminés; parfois le sac membraneux est complet et l'on peut y reconnaître la forme de la cavité utérine.

Certains auteurs, Menge, de Leipzig, et Kollmann, de Munich, nient tout rapport entre une infection de la muqueuse utérine et l'élimination douloureuse des fausses membranes. Certes, nous n'avons pas à émettre un jugement sur ce point ; mais, comme dans le cas que nous citons nous trouvons une origine puerpérale et que, en même temps, l'élimination membraneuse était accompagnée de leucorrhée abondante, nous avons pensé que la description de cette affection spéciale pouvait, malgré tout, entrer dans le cadre des métrites anciennes que nous étudions.

DIAGNOSTIC

Généralement facile quand se trouvent réunis les symptômes classiques de la métrite, le diagnostic de cette affection peut présenter quelques difficultés, quand l'exagération d'un symptôme ou l'apparition de phénomènes insolites viennent compliquer l'interprétation des faits observés.

Les sécrétions épaisses, gélatiniformes du col sont l'élément principal de l'écoulement dans les métrites chroniques.

La grossesse au début peut présenter quelques symptômes qui font croire à une métrite : tiraillements dans la région lombo-abdominale, sensation de pesanteur dans le bas-ventre, pertes blanches. Parfois la situation est d'autant plus trompeuse qu'il se produit de petites pertes de sang irrégulières. Le col gravitique est mou, dépressible à son extrémité.

On aura soin dans le doute de s'abstenir de toute exploration intra-utérine, de tout pansement nuisible.

L'abondance de la leucorrhée, jointe à l'ulcération du col, fera naître l'idée de cancer. On se rappellera que dans le cancer le simple contact du doigt avec les parties végétantes du col suffira pour produire une légère hémorragie. A sa sortie du vagin le doigt sera couvert

de sang (signe de la Laroyenne). Quant à l'écoulement il est séreux, roussâtre et d'une fétidité fade très spéciale dans le cancer au lieu d'être visqueux et muco-purulent.

Il existe aussi une forme de métrite dans laquelle l'énorme hypertrophie folliculaire et papillaire du col simule un épithélioma. L'examen histologique d'une petite tranche de tissu suspect, excisée dans la partie ulcérée du col, tranchera le diagnostic.

Des douleurs très vives et régulières, un écoulement très tenace de muco-pus fétide mêlé de sang, l'examen de parcelles enlevées par la curette feront reconnaître le cancer du corps. La présence de caillots, une hémorragie brusque éveilleront l'idée d'avortement.

On se rappellera qu'il existe aussi des métrites symptomatiques de maladies primitives et non inflammatoires des annexes. Il suffit qu'une lésion de la trompe, de l'ovaire, des ligaments larges, soit accolée à l'utérus pour qu'elle retentisse sur lui.

Ce fait a une importance considérable au point de vue du traitement de la métrite ; en effet, il faudra par-dessus tout craindre le curettage lorsqu'il y a du côté des annexes quelque soupçon d'inflammation, car les poussées de salpingite plus ou moins graves ne sont pas rares à la suite d'un curettage intempestif, et c'est alors peine perdue, car les pertes blanches et les douleurs reviennent plus considérables qu'avant. C'est un cas analogue qui caractérise le seul insuccès réel que nous ayons dans notre satistique. Il n'est pas imputable à une erreur de diagnostic, car une intervention radicale par la voie abdominale avait été offerte à la malade, et ce n'est que sur son refus et sa demande expresse que le curettage a été tenté.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'étude histologique de l'utérus, les lésions anatomo-pathologiques rencontrées dans la métrite vont nous permettre de démontrer que cette affection à l'état ancien, invétéré, est surtout une métrite cervicale, ce qui justifiera la façon dont ont été traitées les malades de nos observations.

La cavité cervicale constitue une cavité réelle, fusiforme, un peu renflée à sa partie moyenne, légèrement aplatie dans le sens antéro-postérieur. Les parois antérieure et postérieure ne sont pas lisses, mais remarquables par une série de plis, d'inégalités, dont l'ensemble constitue l'arbre de vie, la lyre.

Chez la multipare, la cavité du col perd sa forme régulière ; les arbres de vie conservent leur disposition, mais paraissent plus grossiers. La muqueuse du col à l'état normal diffère de celle du corps en ce qu'elle est plus pâle, moins épaisse et beaucoup plus consistante. L'épithélium appartient au type cylindrique cilié. Entre les cellules cylindriques se trouvent par places un certain nombre de cellules caliciformes destinées à sécréter du mucus. En haut, dans la région de l'isthme, l'épithélium cylindrique du col se continue avec celui du corps.

En bas, du côté du vagin, l'épithélium du col utérin change complètement de nature ; il diminue de hauteur, perd ses cils et se dispose en plusieurs couches.

Les glandes du col sont fort nombreuses. Elles existent sur toute la hauteur de la cavité cervicale. Les unes sont de simples dépressions de la muqueuse ou cryptes ; d'autres de véritables glandes en tube. Les embouchures des glandes les plus volumineuses sont cachées au fond des sillons intermédiaires aux plis palmés. Il existe enfin des glandes qui, par suite de la division de leur partie profonde en culs-de-sac multiples, réalisent le type de la glande en grappe. Ces glandes sont plus intimement unies au parenchyme cervical qu'elles ne l'étaient au corps utérin ; les parois du col renferment moins d'éléments musculaires et plus de tissu fibreux, leur épaisseur est un peu moindre.

De cette constitution anatomique toute particulière de la cavité cervicale découle une série de lésions non moins spéciales.

Au point de vue macroscopique on trouve un col à la fois allongé et élargi à son extrémité inférieure. Siredey le compare « à un bouchon de champagne après sa sortie du goulot de la bouteille » ; chez les multipares c'est le col « en barillet » de Bouilly. Chez les multipares les deux lèvres du col peuvent s'écarter et la muqueuse épaissie, rouge, faire saillie à leur surface. Il est fréquent aussi de voir dans ce cas le col parsemé de petits kystes muqueux ou muco-purulents qui lui donnent un aspect bosselé tout particulier.

Les lésions profondes sont plus intéressantes à connaître. L'infection détermine, comme dans le corps utérin, une prolifération très active des divers éléments de la muqueuse, les glandes s'allongent et leurs culs-de-

sac pénètrent de plus en plus dans la trame fibro-musculeuse de la paroi. Le tissu interstitiel infiltre de très nombreux éléments embryonnaires, fait saillie dans les espaces qui séparent les orifices des glandes ; celles-ci sont agrandies, remplies de mucus filant et épais, qui se prolonge dans l'intérieur des glandes et adhère intimement aux cellules. Cette exagération des reliefs et des anfractuosités donne à la muqueuse, dit Siredey, un aspect « velvétique » tout particulier. Elle semble hérissée de papilles. Les glandes comprimées par la prolifération interstitielle, oblitérées sur quelques points, présentent des renflements, des dilatations kystiques qui se traduisent par des bosselures de la surface externe du col.

De plus, par suite de l'accroissement des glandes dans la profondeur, elles arrivent à traverser, de dedans en dehors, presque toute l'épaisseur de la paroi cervicale et les dilatations ampullaires qu'elles forment n'étant plus recouvertes que par l'épithélium pavimenteux stratifié du museau de tanche, sont parfaitement visibles au spéculum, sous la forme de petits kystes arrondis, plus ou moins transparents. Leur volume est très variable, on les trouve au pourtour de l'orifice cervical et sur la surface externe et inférieure du col. Ce sont les œufs de Naboth.

Dans les cols déchirés, et surtout après l'application de certains caustiques, les glandes du col se bouchent à leur orifice, se dilatent dans leurs tubes, et leurs culs-de-sac prolifèrent et se ramifient, augmentent de volume, de nombre, déterminant et entretenant autour d'elles un état d'irritation chronique suivi de sclérose cellulaire.

Telles sont les lésions profondes que l'on rencontre dans les métrites chroniques invétérées, métrites qui, par suite de la constitution histologique si particulière

du col, sont des affections essentiellement cervicales, demandant une thérapeutique appropriée à la qualité de l'organe où elles siègent, car, ainsi que l'a fait remarquer si judicieusement Richelot, « la métrite du corps utérin peut guérir spontanément, celle du col persiste indéfiniment ».

DEUXIÈME PARTIE

TRAITEMENT

« La curette, a dit Bouilly, est l'instrument du corps utérin et non l'instrument du col. » Or, les lésions que nous venons de décrire siègent dans le col, c'est donc sur lui que nous devrons agir et ainsi le traitement dont il va être question sera bien le traitement de choix, puisqu'il s'adresse aux métrites cervicales anciennes et qui sont demeurées invétérées, par ce fait qu'elles ont résisté à tous les traitements qui avaient été tentés pour les guérir sans intervention.

Les moyens ainsi employés sont fort nombreux, ils consistent en injections avec les divers antiseptiques, en irrigations intra-utérines, en écouvillonnages. L'électricité fut aussi longtemps préconisée, ainsi que l'ébouillantement, la vaporisation, l'atmocausis, la thermo-insufflation. Il fut même un temps où l'on appliquait dans l'intérieur de la cavité cervicale des topiques violents et variés, des substances chimiques, tel l'acide nitrique, qui devaient agir dans la profondeur des tissus. Vint ensuite l'ère de la thermocautérisation qui avait la prétention de fondre les lésions, et qui amenait simplement la production d'un tissu de sclérose et aggravait l'état de la malade. Puis ce fut la cautérisation à l'aide de la pâte de Kanquoin préconisée par Dumontpallier et qui

produisit de si funestes effets sur la muqueuse utérine qu'elle fut vite abandonnée.

Les scarifications, le hersage imaginé par Doléris pour dilacérer les glandes et évacuer leur contenu, n'eurent pas un succès plus long. Il en est de même du traitement par la ventouse de Bier que M. le professeur de Rouville a essayé en son temps mais qu'il n'a pas tardé à abandonner.

Il existe aussi un procédé de cautérisation par le Néofilos. Le caustique Néofilos est posé sur les points malades et on prolonge le contact afin de produire une escarre profonde. De temps en temps on essuie, avec un tampon d'ouate, la bouillie grisâtre que le caustique en se liquéfiant laisse sur le col, et on recommence jusqu'à ce que la muqueuse noircisse bien et devienne sanguinolente. Ce traitement qui, nous l'a avoué M. le professeur de Rouville, a donné dans son service quelques bons résultats, tient le milieu entre les excisions chirurgicales et les traitements précédents. Mais il est long, difficile à manier et nécessite une grande prudence.

L'opération d'Emmet fut le premier pas vers l'intervention vraiment chirurgicale. Son intervention consistait à enlever les tissus de cicatrice et les clous sclérotiques, aviver latéralement les deux lèvres de chaque incision latérale et obtenir la réunion des lèvres divisées.

Mais Emmet s'était arrêté aux lésions développées au niveau des déchirures latérales du col, il ne soupçonnait pas que ces lésions étaient plus étendues et que d'autres, aussi importantes, existaient dans le parenchyme cervical lui-même.

L'opération de Simon-Marcwald a été la deuxième étape du traitement chirurgical de la métrite cervicale, traitement que nous préconisons et dont nous donnerons les résultats éloignés.

On aura recours au procédé de Simon-Marcwald, qui est une amputation du col à deux lambeaux, quand la muqueuse interne du col n'est pas très malade et n'a pas besoin d'être excisée. Voici l'indication sommaire de la technique :

La malade anesthésiée est mise dans la position de la taille. Fourchette abaissée à l'aide d'une valve de Sims, une seconde valve antérieure sous-pubienne maintient le vagin ouvert. Abaissement de l'utérus et fixation du col par une pince de Museux. Incision des commissures du col jusqu'au cul-de-sac, au bistouri, ou mieux avec de forts ciseaux.

Incision de la lèvre antérieure allant de la muqueuse interne vers la profondeur en obliquant de bas en haut.

Deuxième incision partant de la muqueuse externe et allant rejoindre la précédente de manière à intercepter un segment conique de la lèvre antérieure, à base inférieure, à sommet supérieur.

Suture des deux lambeaux ainsi obtenus avec une aiguille courbe munie de crins de Florence ou un catgut qui se résorbera tout seul.

Même manœuvre sur la lèvre inférieure en se servant des fils qui ont suturé la lèvre précédente, pour maintenir le col abaissé ; suture de chaque commissure par un ou deux points ; section des fils, tampon vaginal. Pansement vulvaire.

Opération de Schröder. — Il existe une technique plus récente indiquée par Schröder, qui est peut-être plus complète que l'opération de Simon-Marcwald, en ce sens qu'elle permet de pénétrer dans l'intérieur de la cavité cervicale pour enlever les tissus altérés, les glandes en particulier, qui, infectées, produisent les

manifestations symptomatiques et l'hypertrophie ainsi que l'hyperplasie du tissu conjonctif.

Son exécution est plus difficile que la précédente.

Le col est rendu accessible de la même manière que ci-dessus, et l'incision bilatérale est faite pareillement. A partir de ce moment, voici la modification opératoire : incision transversale de la muqueuse interne de la lèvre antérieure et incision demi-circulaire de la muqueuse externe cernant une lamelle de tissu du col qui est disséquée en « dédolant » jusqu'au niveau de l'incision transversale interne, où la lame se trouve complètement détachée ; on donne à celle-ci une épaisseur variable, selon l'hypertrophie ou l'altération des tissus ; renversement en dedans, du lambeau extérieur ainsi obtenu ; suture de ce lambeau à la muqueuse interne par cinq ou six points, l'aiguille courbe doit cheminer au-dessous de toute la surface cruentée ; deux ou trois points plus superficiels complémentaires sont ordinairement nécessaires. Même dissection et même suture sur la lèvre postérieure. Suture des commissures, et l'opération se termine comme la précédente.

Suivant les cas, on emploiera le procédé à deux lambeaux, à l'une des lèvres, et le procédé à un lambeau, à l'autre.

Bouilly a simplifié cette intervention. Il se contente de dilater le col, puis enlève avec un bistouri long et étroit sur chaque lèvre du col une gouttière de muqueuse de de 2, 3 ou 4 millim. d'épaisseur. Afin d'empêcher le rétrécissement, ces gouttières ne se rejoignent pas latéralement, on laisse de chaque côté un peu de muqueuse normale ; comme résultat on obtient un orifice largement ouvert et un canal dilaté.

Pouey a imaginé un procédé qui, d'après P. Petit,

remplacerait avantageusement le procédé de Bouilly et même celui de Schröder.

On circonscrit au bistouri la zone altérée par une incision intéressant la muqueuse et une certaine épaisseur du muscle sous-jacent, à 2 ou 3 millim. de profondeur. On obtient ainsi un lambeau circulaire, et l'on dissèque avec la pointe des ciseaux, jusqu'à ce qu'il forme une sorte de corolle dont la tige creuse est formée par la muqueuse endocervicale et la nappe glandulo-musculaire sous-jacente ; le cylindre est ainsi libéré jusqu'au niveau de l'isthme, puis sectionné un peu au-dessous de ce point, de manière à obtenir un éperon circulaire et flottant. On termine l'opération en réunissant, par un surjet de catgut, le bord libre de cet éperon, avec le bord libre du grand lambeau excentrique formé par la muqueuse vaginale du museau de tanche.

Il existe encore un procédé plus récent décrit par Jayle.

Après les préparatifs habituels suivis d'une hystérométrie soigneuse, on fait une section bilatérale du col. Suivant les renseignements donnés par l'hystéromètre on fait porter la section plus ou moins haut, c'est la longueur du col qui permettra d'évaluer la hauteur de la section.

Après la section faite, on procède à l'amputation des lèvres du col. Le bistouri est plongé, juste contre l'angle de la muqueuse vaginale divisée, dans le parenchyme utérin, à un demi-centimètre de profondeur ; il va ensuite droit jusqu'à la muqueuse utérine, entame le muscle au ras de la muqueuse qu'il sectionne ensuite transversalement. Même trajet de l'autre côté.

Ainsi est constitué un petit lambeau muqueux, à angles très arrondis, qu'on libère au bistouri.

La lèvre antérieure du col est alors rabattue en bas,

Au niveau de l'angle de section latérale on plonge le bistouri en pointe dans la muqueuse vaginale et on enlève un lambeau arrondi dont le sommet soit à niveau légèrement supérieur à celui du sommet du lambeau muqueux utérin.

Les deux lambeaux étant taillés, on enlève facilement le coin de tissu musculaire situé entre eux.

Trois points de suture appliqueront les lambeaux l'un contre l'autre en haut et en bas. Il reste à suturer les parties latérales : on commencera par le point de l'angle en ayant soin de ne pas déchirer la muqueuse utérine et de bien charger sur l'aiguille le plan profond musculaire où se trouvent des vaisseaux qui peuvent saigner.

Le point de l'angle placé, on complète la suture par un ou deux points au-dessus et au-dessous.

Jayle conseille d'employer des fils d'argent très fins et de ne pas les serrer fortement. Une lamelle de plomb les étreint en haut et en bas. De cette façon, les fils ne piquent pas la malade et ne gênent pas au cours des pansements suivants.

Cette technique est loin d'être simple.

Tels sont les procédés qui sont à notre disposition pour traiter les métrites chroniques invétérées. Il n'entre pas dans le cadre de ce travail de discuter la valeur respective de chacune de ces interventions. Malgré tout nous croyons pouvoir dire que l'opération de Schröder est assez complexe et a comme principal inconvénient de rendre très difficile l'adaptation parfaite de la muqueuse vaginale à la muqueuse utérine. Il en résulte une ligne de réunion irrégulière, la possibilité de production d'un tissu de cicatrice au niveau de l'orifice, qui dès lors peut se sténoser. L'intervention de Jayle est également fort complexe.

Pour ces raisons nous accorderions la préférence à l'amputation biconique de Simon-Marcwald, tout en la modifiant suivant les circonstances, comme nous l'avons vu faire dans le service par M. le professeur de Rouville.

S'agit-il d'une infection chronique de la muqueuse sans altération du parenchyme, on remontera jusqu'au delà de la lésion pour tailler un petit lambeau intérieur, tandis que le lambeau pris à la surface du col sera plus grand. Si c'est le parenchyme du col qui est scléro-kystique, sans que les muqueuses de revêtement soient malades, on taillera profondément un cône assez épais de tissu pour emporter toute l'induration.

Il serait trop long et du reste difficile de vouloir envisager tous les cas possibles et définir pour chacun d'eux une technique spéciale. L'essentiel est d'amputer le col et que cette amputation comprenne l'ensemble des lésions. Nous aurons ainsi, partant d'un même principe, tout une série d'opérations différentes suivant le siège des lésions observées; il reste au chirurgien le soin d'agir dans le meilleur intérêt de la malade.

Mais là ne doit pas se borner l'intervention, car les lésions souvent sont contemporaines dans le col et dans le corps et évoluent parallèlement. Il est en effet difficile d'admettre que les glandes du col soient atteintes, sans qu'on observe, en même temps, « une altération de leurs gaînes lymphatiques qui communiquent si largement avec les espaces lymphatiques du parenchyme » (Sinéty).

Du col, siège initial de l'infection, partiront bientôt des fusées inflammatoires qui, gagnant le corps utérin, demanderont aussi à être traitées, et c'est pour parer à cette éventualité que nous proposons de faire suivre systéma-

tiquement toute amputation du col pour métrite ancienne, d'un sérieux curettage.

L'intervention est ainsi complète, ne complique en rien l'opération première qui n'est pas de ce fait augmentée sensiblement de longueur. La malade étant sous anesthésie ne souffre pas du curettage, qui permet de faire le nettoyage complet de l'organe malade. De plus, « il provoque artificiellement, dans un but thérapeutique, une mue de la muqueuse, il substitue une nouvelle muqueuse régénérée dans un milieu antiseptique, à une membrane infectée par les germes et ayant subi des modifications profondes dont la régression serait des plus longues et des plus pénibles ». Nous avons soin enfin d'introduire dans la cavité cervicale et utérine une mèche de gaze enduite de glycérine créosotée après avoir cautérisé le tout à l'aide d'un tampon iodé.

C'est à ces principes que nous nous sommes soumis dans les cas suivants dont les résultats éloignés plaident en faveur de notre traitement.

OBSERVATIONS

Toutes les observations qui vont suivre ont été prises dans le service de gynécologie ; elles constituent l'histoire de toutes les malades entrées pour douleurs et pertes blanches et opérées d'amputation du col par M. le professeur de Rouville pendant les années 1909, 1910, 1911 et début de 1912.

Observation I

J... M..., 30 ans, cuisinière, Montpellier.

Entre le 17 novembre 1910 pour douleurs lombaires à gauche et pertes blanches abondantes.

Réglée à 13 ans, régulièrement, mais très peu, 1 jour à peine. Très bonne santé habituelle, sauf une rougeole légère à 16 ans.

Mariée à 20 ans à un homme malingre mort de bacillose (?) à 30 ans.

9 mois après le mariage, accouchement normal, l'enfant est bien portant.

Deuxième grossesse 3 ans après, accouchement normal d'un enfant actuellement en parfaite santé.

A ce moment, ses règles sont encore régulières et normales, mais depuis 15 mois environ la malade a

des pertes blanches abondantes qui empèsent le linge et ont une odeur fétide.

Injections chaudes sans résultat appréciable.

Le début de la maladie actuelle remonterait, au dire de la malade, à 4 ans. Tout d'abord ce furent des douleurs sourdes, mal définies, siégeant dans le flanc gauche. Les règles deviennent plus abondantes et douloureuses (durée 4 jours).

La constipation est habituelle.

La malade se couche sur le ventre pour calmer ses douleurs qui ne font qu'augmenter de jour en jour.

Les règles deviennent profuses et durent 8 jours.

Beaucoup de sang et de caillots, pertes blanches abondantes, glaireuses, purulentes, fétides. La malade urine à tout moment.

Examen. — *Palper*. — Légère douleur au palper dans la région hypogastrique.

Au *toucher*. — Gros col avec déchirures latérales, la lèvre antérieure surtout est tuméfiée.

L'utérus est facilement mobilisable, sans aucune douleur à la mobilisation.

Les culs-de-sac sont libres et indolores.

Au *spéculum*. — On voit un col congestionné, volumineux, empliссant presque tout le fond du vagin.

L'hystéromètre donne 9 cm.

On dilate aux laminaires pendant plusieurs jours.

25 novembre. — Anesthésie à la novocaïne lombaire (4 cc.), curettage et amputation du col. L'intervention se passe sans incident, l'anesthésie est parfaite.

Pansements post-opératoires à la glycérine créosotée.

Les jours suivants, pansements, lavages intra-utérins et vaginaux au lysol.

La malade reprend peu à peu ses forces, mange de bon appétit.

Le taux de ses urines devient normal, la malade va normalement à la garde-robe.

Les pertes disparaissent ainsi que les douleurs abdominales.

La malade a ses règles le 27 décembre. Elles se passent sans douleur, sans expulsion de caillots. Elles sont normales, assez abondantes et durent 3 jours.

La malade quitte le service complètement guérie le 11 janvier 1911.

Résultats. — Nous avons le plaisir de la voir et de l'examiner chez elle le 27 décembre 1911.

Elle vaque à son ménage, travaille à des besognes pénibles sans la moindre douleur.

Les pertes n'ont pas paru de nouveau. Elle est réglée chaque mois, régulièrement, et perd d'une façon normale.

A peine quelques légères douleurs lombaires marquent ses époques qui durent 3 jours.

La malade, remariée depuis son intervention, a un retard de 20 jours ce mois-ci et, comme depuis plusieurs jours elle a des nausées le matin au réveil, et un peu de lassitude générale, elle nous avoue qu'elle se croit enceinte, ce dont avec elle nous sommes très heureux sans que nous puissions rien affirmer pour le moment.

Observation II

L... M..., 26 ans, couturière, Montpellier.

Entre le 16 juin 1910, salle A. Paré, lit n° 10, pour pertes blanches.

Réglée à 13 ans. Règles régulières, abondantes, durent 4 à 5 jours. Pas de douleurs, ni de caillots, jamais de pertes blanches.

Mariée à 19 ans, une grossesse normale, accouchement facile sans suites fâcheuses. La mère se lève le cinquième jour.

Depuis cet accouchement, trois mois environ après et coïncidant avec son retour de couches, la malade a souffert du bas-ventre. Ces douleurs, d'abord légères, sont allées en augmentant de fréquence et d'intensité, et depuis trois mois elles sont continuelles. La fatigue ne les exagère pas, tandis que le décubitus dorsal et la station assise semblent les exagérer. En même temps, les règles deviennent irrégulières, de plus en plus hémorragiques, sans caillots cependant, et quelques jours après apparaissent des pertes blanches, persistant une quinzaine entière.

Les mictions ne sont pas douloureuses, la malade est dans un état d'amaigrissement assez marqué.

Examen. — Ventre souple et non douloureux.

Au *toucher*. — On trouve un gros col avec nombreuses déchirures. Le fond utérin semble augmenté de volume et remonte à plusieurs travers de doigt au-dessus de la symphyse.

Les culs-de-sac sont normaux.

Au *spéculum*. — On voit un col volumineux, congestionné, avec de nombreuses érosions autour de l'orifice externe d'où s'échappent des glaires en abondance.

L'utérus descend facilement.

L'hystéromètre donne 9 cm.

28 juin. — Nettoyage du vagin et dilatation aux laminaires.

29 juin. — La malade étant très nerveuse, on lui donne du chloroforme après blocage au chlorure d'éthyle.

La laminaire enlevée présente un étranglement très marqué au niveau de l'isthme. On fait un bon curettage, puis l'amputation du col.

Désinsertion du vagin, section bilatérale du col. On sectionne les lèvres antérieure et postérieure au ras du décollement et on suture la tranche utérine à la tranche vaginale.

On laisse une mèche de glycérine créosotée et des tampons d'eau oxygénée.

Les suites opératoires sont très bonnes.

Tous les deux jours pansements et lavages intra-utérins et vaginaux. Les douleurs cessent ainsi que les pertes.

Le 27 juillet les règles reviennent ; elles sont normales et abondantes. La malade ne se plaint d'aucune douleur et nous ne relevons sur ses linges aucune trace de pertes blanches.

Elle sort guérie le 2 août.

Résultats. — Nous voyons personnellement Mme L... M... le 20 décembre 1911. Elle est en excellente santé et nous déclare que, depuis l'intervention faite en juin 1910, elle n'a plus eu ni douleurs avant ou après ses règles, ni pertes blanches. Les règles sont très normales et se passent sans aucune fatigue. Nous l'examinons et nous ne pouvons que reconnaître ce que nous dit Mme L... M...

Fait particulièrement intéressant, Mme L... M... a eu une grossesse menée à terme avec accouchement très normal depuis l'intervention de M. le professeur de Rouville. Elle nous affirme que son accouchement s'est tout aussi bien passé que le précédent.

L'enfant est en aussi bon état que la mère.

Observation III

C... B..., 32 ans, sans profession.

Entre le 16 juin 1909, salle A. Paré, lit n° 5, pour pertes blanches.

A eu la variole à 13 ans.

Réglée à 14 ans. Les règles sont irrégulières mais abondantes et durent 3 jours. Ni caillots, ni pertes blanches.

Mariée à 20 ans. 4 enfants et 6 fausses couches.

Premier accouchement difficile ; la malade est restée alitée 15 jours.

Une fausse couche de 3 mois et demi avec infection puerpérale consécutive ; depuis, douleurs dans le ventre.

Deux fausses couches successives de 2 mois ; les suites sont assez bonnes.

Deuxième accouchement : Grossesse normale, suites bonnes.

Deux fausses couches de 2 mois et demi sans suites fâcheuses.

Troisième accouchement avec fièvre et grande fatigue, séjour au lit pendant un mois.

Quatrième accouchement il y a 2 ans ; l'enfant était mort depuis le septième mois. Délivrance à terme. La nuit qui la précéda la malade eut une hémoptysie, puis une hémorragie de la délivrance très abondante avec syncope. La malade mit longtemps à se remettre, deux mois environ. Elle nous dit que depuis sa première fausse couche elle souffrait de douleurs dans le bas-

ventre et que ses règles irrégulières se continuaient souvent par des pertes rouges.

Il y 5 ans, un médecin consulté ordonna des pansements vaginaux qui calmèrent les douleurs de ventre sans arrêter les pertes.

Après le dernier accouchement, nouvelle douleur très violente s'irradiant dans les reins et les cuisses.

Les pertes rouges ont disparu pour faire place à d'abondantes pertes blanches qui durent pendant toute la période intermenstruelle.

La digestion est devenue difficile, la malade est très affaiblie et ne peut faire aucun travail. C'est dans cet état que nous l'examinons le 17 juin.

Examen. — Légère douleur au palper dans la région hypogastrique.

Au *toucher*, gros col avec déchirures latérales. La lèvre antérieure semble plus développée que la postérieure. L'utérus est très mobile et pas douloureux à la mobilisation. Dans le cul-de-sac on ne sent pas les annexes.

Au *spéculum*, on voit un col congestionné, volumineux, emplissant tout le fond du vagin.

L'hystéromètre donne 9 centim. et demi.

18 juin. — On dilate aux laminaires.

19 juin. — On retire la laminaire et on y trouve un sillon d'étranglement très profond au niveau de l'isthme.

20 juin. — Anesthésie au chloroforme, curettage et amputation du col. Après incision bilatérale du col, on décolle le cul-de-sac antérieur, et on sectionne deux lambeaux coniques. Les lambeaux saignent beaucoup, l'hémostase est faite en partie directement au-dessus des pinces, en partie par les points d'affrontement des tran-

ches des deux lambeaux. Crayon de vanadoforme. Sonde à demeure. Suites opératoires bonnes.

Le 21 juin, premier pansement, avec mèches de glycérine créosotée, lavages intra-utérins et vaginaux au lysol, renouvelés tous les deux jours.

La malade reprend peu à peu ses forces. Les douleurs disparaissent. Les règles reviennent avec quelques petites douleurs le 22 juillet, elles durent quatre jours et sont normales. La malade ne perd plus ni en rouge ni en blanc, et très améliorée comme état général quitte le service le 30 juillet.

Résultats. — Nous la voyons personnellement le 21 décembre 1911, et comme elle nous permet de l'examiner nous constatons qu'elle est en excellente santé.

Depuis l'intervention faite en juin 1909, Mme C... B... n'a plus eu aucune douleur, ni aucune perte. Les règles se passent très normalement. Elles sont moyennement abondantes, durent quatre jours et à peu près indolores.

Mme C... B... ajoute qu'elle a un retard de vingt-cinq jours et qu'elle croit être de nouveau enceinte.

Observation IV

C... M..., 22 ans, jardinière à Rouet.

Entre le 1er mars 1910, pour douleurs, pertes blanches légères et sensation de pesanteur pénible au périnée.

Réglée à 14 ans, régulièrement tous les mois. Mariée à 20 ans.

Les règles sont assez abondantes, durent trois ou quatre jours, ne sont pas douloureuses. Jamais de caillots.

Ni accouchement, ni avortement.

Le début de l'affection remonte à deux ans environ. En soulevant un fardeau, la malade éprouve une sensation de douleur et de pesanteur au périnée. Cette sensation n'a fait que s'accroître surtout au moment des règles.

Peu de pertes blanches.

Ni dysurie, ni constipation.

Examen (le 2 mars 1910). — Périnée moyen, bonne sangle des releveurs. Hymen corolliforme, large, mais sans caroncules myrtiformes, paraît intact, bien que la malade ait eu de nombreux rapports sexuels.

Colpocèle antérieure et postérieure. Col dans l'axe du vagin, très allongé, glaireux (allongement hypertrophique de la portion sous-vaginale).

Corps volumineux, remontant à 2 ou 3 travers de doigt au-dessus du pubis, peu douloureux à la mobilisation.

Les culs-de-sac sont libres et indolores.

Le spéculum nous montre du pus s'écoulant des lèvres du col.

L'hystéromètre donne 10 centimètres.

3 mars. — On examine le pus au microscope et on trouve du gonocoque.

4 mars. — Curettage et amputation du col sous chloroforme.

Pansements et lavages utérins et vaginaux chaque deux jours.

Les suites opératoires sont très normales, point de température.

Le 29 mars, la malade a ses règles. Elles se passent sans douleurs, sont moyennement abondantes et durent 3 jours.

Point de pertes consécutives.

Elle quitte le service très améliorée le 7 avril 1910.

Résultats. — Nouvelles par lettre le 3 janvier 1912. Pertes disparues complètement depuis 15 mois, la malade a pris quotidiennement des injections au lysol.

Les règles se passent toujours très régulièrement et sans aucune douleur, soit avant, soit après.

Mme C... N... vient d'avoir une grossesse normale avec accouchement plutôt laborieux (c'est une primipare). L'enfant est en parfaite santé et la mère se félicite de l'intervention qui lui a permis, dit-elle, « d'être devenue mère ».

Observation V

T... B..., 36 ans, sans profession.

Entre le 16 mars 1909, salle A. Paré, lit n° 8, pour douleurs abdominales et pertes rouges. Très bonne santé habituelle.

Réglée à 14 ans, facilement. Depuis, règles régulières, abondantes durant 8 jours, sans douleur, ni caillots, ni pertes blanches.

Mariée à 18 ans et demi. Sept enfants et une fausse couche. Les 7 accouchements se sont terminés naturellement. Les sorties de couches ont été parfaites.

Avant les deux derniers accouchements, fausse-couche de 4 mois avec rétention placentaire durant 48 heures.

La délivrance est faite par un médecin.

Les 4 premiers enfants sont morts-nés.

Les règles n'ont pas changé de caractère.

En janvier 1909, les règles ont un retard de 13 jours, puis reviennent brusquement et en grande abondance

avec de gros caillots. Cet état dure 8 jours et oblige la malade à garder le lit. Le 10e jour elle reprend son travail malgré une douleur continue dans le bas-ventre.

Les règles du mois de février arrivent le 20 comme en janvier. Le 3e jour la malade se plaint d'une douleur subite à l'hypogastre entraînant par sa violence une syncope. Cette douleur persiste pendant une vingtaine d'heures. Pas de vomissements ni de ballonnement du ventre. Les pertes rouges continuent sans interruption et persistent encore au moment de son entrée à l'hôpital.

Pas de pertes blanches.

Examen. — Ventre flasque, éventration, déchirure incomplète du périnée.

Au *toucher*. — Très gros col déchiré, l'orifice externe est perméable. Le fond utérin est à droite, dépassant la symphyse de 4 travers de doigt.

Les culs-de-sac ne sont pas douloureux.

Au *spéculum*. — On voit un gros col remplissant tout le vagin. Ulcérations circulaires autour de l'orifice externe.

Déchirure en étoile ; œufs de Naboth.

Glaires de métrite cervicale.

L'hystéromètre donne 9 cm. et demi.

Opération. — Anesthésie au chloroforme, curettage.

Désinsertion du vagin. Division du col en 2 valves, antérieure et postérieure. Amputation bi-conique.

Suture des 2 lambeaux.

Suture du vagin au voisinage du nouvel orifice de l'utérus.

Mèches de glycérine créosotée dans la cavité utérine.

Tampons oxygénés. Sonde à demeure dans la vessie.

Pansements tous les 2 jours. Les suites opératoires

sont très bonnes. Les pertes ont complètement disparu.

La malade sort guérie le 20 avril.

Résultats. — Nouvelles par lettre le 29 décembre 1911.

Plus de pertes blanches.

Les règles, très normales, sont régulières et durent 4 jours. Elles se passent sans douleurs ni coliques.

Les pertes rouges ont aussi disparu.

Les douleurs abdominales ont cessé, depuis l'intervention la malade « est toujours bien portante ».

Observation VI

H... V..., 40 ans, modiste, Montpellier.

Entre le 10 mars 1910, salle A. Paré, lit n° 4, pour douleurs au bas-ventre et pertes blanches. Bonne santé habituelle.

Réglée à 13 ans. Les règles sont régulières, abondantes et durent 5 à 6 jours, sans douleurs ni caillots. Pas de pertes blanches.

Mariée à 31 ans. Pas d'enfant ni de fausse couche.

2 ans après son mariage, douleurs dans le bas-ventre et dans les reins. La malade reste un mois au lit et perd abondamment en rouge. On donne des injections de lysol et de phénosalyl. Quelques jours après un abcès s'ouvre spontanément par le rectum et donne une grande quantité de pus.

Depuis 4 ou 5 mois, douleurs dans les reins, sensation de pesanteur dans le bas-ventre.

Règles ordinaires durant 5 à 6 jours, puis pertes glaireuses mélangées à des pertes rouges.

La malade entre dans le service et on l'examine le 11 mars.

Examen. — Au *palper*. — L'abdomen est douloureux, surtout dans la fosse iliaque gauche.

Au *toucher*. — Col très court, orifice externe très petit. Le fond utérin est à droite. Les culs-de-sac sont libres, non douloureux.

Au *spéculum*. — On voit le col punctiforme d'où s'échappent des glaires de métrite cervicale.

L'hystéromètre donne 9 cm.

Le 19 mars, on fait de la dilatation aux laminaires, puis on cautérise avec des mèches de glycérine créosotée ou de teinture d'iode.

Le 3 avril, un embarras gastrique survenu fait interrompre les dilatations et les pansements, qui n'ont du reste donné aucun résultat appréciable.

23 avril, curettage et amputation du col sous anesthésie à l'éther.

Décollement en avant de la vessie et du rectum en arrière, sans ouvrir le péritoine. Excision en avant et en arrière d'un lambeau comprenant, non seulement la muqueuse, mais aussi le tissu interstitiel.

Les commissures sont respectées.

Un point de suture au catgut en avant et en arrière, réunissant 2 par 2 les lèvres de la plaie, pendant qu'un cathéter repère et occupe la cavité utérine.

On laisse une mèche intra-utérine.

Suites opératoires. — Le 23 avril, point de fièvre, mais dans la soirée hémorragie 200 gr. environ. On donne une injection vaginale chaude, on fait de l'ergotine et du sérum.

Le 24, l'hémorragie s'est arrêtée.

On continue les pansements, les lavages intra-utérins et vaginaux, la malade va de mieux en mieux, ses règles reviennent le 7 mai, sans douleurs ni pertes consécutives.

Elle sort en bon état le 12 mai.

Résultats. — Revue le 24 janvier 1912.

Les pertes blanches ont complètement disparu, à peine quelques pertes rosées marquent la fin des règles.

Les règles sont devenues régulières, normales, elles durent 3 jours et se passent sans phénomènes douloureux.

Les douleurs du bas-ventre et de la fosse iliaque ont aussi disparu.

Observation VII

M... D..., 36 ans, sans profession.

Entre salle A. Paré, lit n° 8, le 16 novembre 1910, pour douleurs au niveau des régions annexielles et pour pertes blanches.

Réglée à 11 ans et demi, facilement, sans douleurs. Durée des règles, trois ou quatre jours.

Mariée à 20 ans et demi. Dès son mariage les règles deviennent irrégulières, elles avancent de quatre à cinq jours.

A 21 ans et demi, premier accouchement à terme et normal. Les règles reviennent cinq mois après.

A 22 ans et demi, deuxième accouchement, la malade souffre beaucoup, l'accouchement est difficile. Cinq mois

après, fausse couche de trois mois avec hémorragie abondante et fièvre intense.

Les règles reviennent un mois après très abondantes, très douloureuses, avec pertes blanches considérables.

Un an après, nouvelle couche de deux mois ; la douleur dans les régions annexielles droite et gauche ne fait que s'accroître. C'est ainsi que la malade se prête à notre examen le 16 novembre.

Examen. — Le col est gros et déchiré, on trouve de nombreux œufs de Naboth au niveau de la lèvre supérieure ; l'orifice du col est sténosé.

Au *spéculum*. — On voit un col congestionné emplissant presque tout le fond du vagin. Sur le bord de l'orifice externe nombreuses érosions, la lèvre inférieure est éversée. Glaires abondantes.

21 novembre. — Curettage sous anesthésie à l'éther et amputation du col. On panse à la glycérine créosotée, à l'oxygénée. Lavages au lysol. Les suites opératoires sont bonnes. Les règles reviennent le 18 décembre, elles sont très peu douloureuses, les pertes ont aussi beaucoup diminué. La malade sort très améliorée le 22 décembre 1910.

Résultats. — Revue le 27 janvier 1912.

Pertes complètement disparues. Règles régulières tous les vingt-six jours, moyennement abondantes. Fortes douleurs le premier jour, puis cessation des phénomènes douloureux.

Plus de douleurs du côté des ovaires et de l'abdomen.

La malade est en très bon état.

Observation VIII

H... G..., 23 ans, domestique.

Entre le 27 octobre 1909 pour leucorrhée.

Réglée à 14 ans. Les règles sont régulières, sans caillots. Elles sont douloureuses et durent 4 à 5 jours. Dans l'intervalle pertes blanches empesant le linge.

Mariée à 20 ans. Il y a 2 ans accouchement à terme mais difficile, ayant nécessité l'emploi du ballon de Champetier et le forceps. Légère infection puerpérale consécutive. On fait un curettage. Depuis cette époque douleurs hypogastriques et pertes abondantes.

Actuellement la malade se plaint de pesanteur après les repas, de douleurs rénales à chaque menstruation.

Examen. — Ventre douloureux au palper. Au spéculum on voit un col volumineux, congestionné, avec déchirures multiples et ulcérations sur la lèvre postérieure. Œufs de Naboth en grande quantité.

Les culs-de-sac sont libres et indolores au toucher.

Dilatation et pansements.

Le 10 novembre, on fait un curettage et une amputation du col sous anesthésie à l'éther. Mèches de glycérine créosotée. Lavages, pansements utérins et vaginaux tous les 2 jours.

Le 12e jour après 6 pansements la malade n'accuse plus aucune douleur lombaire. Les parois saignantes du col ont été touchées au nitrate d'argent.

Plus de pertes blanches.

La malade sort guérie le 20 décembre.

Résultats. — Revue le 28 janvier 1912.

Pertes blanches insignifiantes.

Douleurs peu violentes et seulement au moment des règles.

Règles moyennement abondantes, régulières.

Bonne santé générale.

Observation IX

E... A..., 33 ans, repasseuse, Coudulvert.

Entre le 1er février 1911, salle A. Paré, lit n° 11, pour douleurs abdominales et pertes blanches.

Réglée à 16 ans régulièrement tous les mois, règles moyennement abondantes durant 3 à 4 jours, sans douleurs, sans caillots.

Mariée à 19 ans.

A 21 ans, premier accouchement à terme et normal, d'un enfant actuellement bien portant. Suites physiologiques.

A 27 ans, deuxième accouchement à terme, normal d'un enfant actuellement en bonne santé. Consécutivement, douleurs abdominales, surtout au moment des règles.

A 31 ans, les règles s'arrêtent pendant 3 mois, puis avortement. Grosse hémorragie avec caillots et douleurs lombaires obligeant la malade à garder le lit environ un mois. Pendant tout ce mois l'hémorragie persiste avec des arrêts et des recrudescences.

Depuis, les règles sont très abondantes, très douloureuses avant et après l'époque menstruelle. Elles sont accompagnées de caillots et durent 8 jours.

Retour dans les 20 jours environ.

Deux mois après l'avortement apparaissent des pertes blanc-jaunâtre tachant et empesant le linge.

Aucune douleur à la miction.

Examen (le 17 février). — Gros col déchiré à droite et très haut, cicatrice à gauche.

Corps gros, remontant à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse, et basculé à gauche.

Culs-de-sac libres et non douloureux.

Au *spéculum*. — Col gros et congestionné, à droite très grosse déchirure remontant très haut.

L'hystéromètre donne 8 cm. 5.

On dilate aux laminaires.

26 février 1911. — Curettage et amputation du col sous anesthésie à l'éther.

L'opération se passe sans incidents. Pansements quotidiens vaginaux et utérins.

Point de température, suites opératoires très normales.

La malade a ses règles qui se passent sans douleurs et durent 3 jours. Point de pertes blanches consécutives.

La malade sort guérie le 30 mars 1911.

Résultats.— Nouvelles par lettre le 30 décembre 1911.

Pertes toujours absentes.

Règles très régulières, normales, durant 3 à 4 jours, se passent sans douleurs.

Les douleurs abdominales « si pénibles » avant l'intervention ont complètement disparu.

La malade est très satisfaite de l'opération qui lui permet « de vivre comme tout le monde ».

Observation X

L... R..., 34 ans, sans profession, entre pour pertes blanches et douleurs siégeant dans les régions latérales du bas-ventre.

Réglée à 13 ans. Les menstrues sont irrégulières et douloureuses. Durée 3 à 4 jours.

Mariée à 24 ans. Un an après : 1er accouchement normal. La malade garde le lit 6 à 7 jours ; 2e accouchement à 26 ans. Suites normales. La malade se lève le 3e jour et ne ressent aucun malaise.

3e accouchement à 30 ans, rapide. La malade ne reste que 2 jours au lit, aussi quelque temps après ressent-elle de fortes douleurs dans toute la région abdominale.

En même temps apparaissent des pertes rouges et blanches. Les pertes blanches tachent le linge, l'empèsent et ont une odeur fétide.

Les douleurs s'irradient dans le dos et jusque dans les cuisses, elles viennent par crise et se calment par le repos.

Depuis 8 jours les pertes ayant augmenté, la malade entre dans le service le 29 novembre 1910.

Examen. — Ventre peu douloureux au *palper*.

Au *toucher* on constate un vagin normal. Le col est gros et congestionné.

Il est fendu transversalement et laisse échapper un liquide épais et jaunâtre.

L'utérus est immobile et douloureux à la mobilisation. Il est en antéversion.

A droite on constate de légers signes d'annexite.

La malade accepte une intervention.

Opération. — Le 20 décembre, curetlage sous anesthésie à l'éther et amputation du col.

Les suites opératoires sont des plus normales; après 4 pansements (10e jour) les douleurs ont disparu. La malade ne perd plus et sort guérie le 10 janvier après avoir eu ses règles et celles-ci sans douleur ni pertes consécutives.

Résultats. — Nouvelles par lettre le 5 janvier 1912.

Plus de pertes blanches, légères pertes rosées le mois dernier à la fin des règles.

Les règles se passent « mieux que jamais ».

Aucune douleur dans le bas-ventre sauf après un travail pénible que la malade peut éviter.

Injections journalières. Bonne santé.

Observation XI

L... R..., 28 ans, sans profession, La Fayette.

Entre le 6 octobre 1911, salle A. Paré, lit n° 7, pour douleurs et pertes blanches.

Réglée à 14 ans. Règles abondantes, durant 5 à 6 jours, peu de douleurs au début.

Mariée à 20 ans, elle a eu 6 grossesses et 1 avortement.

Depuis 19 mois la malade souffrait un peu. Depuis 2 mois les douleurs ont augmenté, et cet accroissement coïncide avec l'avortement signalé plus haut. Pertes blanches depuis le retour des règles.

Examen. — Utérus en antéflexion, mobile, gros et lourd, non douloureux. Col en arrière.

Au *spéculum*. — Gros col congestionné, œufs de Naboth, déchirures latérales, glaires purulentes.

L'hystéromètre donne 5 cm. 5.

Dilatation aux laminaires.

19 octobre. — Sous anesthésie à l'éther, curettage et amputation du col.

Pansements à la glycérine créosotée, lavages intra-utérins et vaginaux. Suites opératoires très normales, aucun phénomène pathologique.

La malade a ses règles dans le service sans douleurs, plus de pertes blanches.

Le 10 novembre la malade sort complètement guérie.

Résultats. — Revue par M. le professeur de Rouville le 8 janvier 1912.

Plus de pertes blanches, mais les règles sont restées douloureuses ; elles durent 5-6 et même 7 jours.

Les douleurs du ventre n'existent plus.

La malade a cessé de prendre des injections depuis sa sortie du service.

Observation XII

P... V..., 28 ans, jardinière.

Entre le 7 mai 1909, salle A. Paré, lit n° 2, pour pertes blanches.

Bonne santé habituelle.

Réglée à 11 ans et demi. Règles régulières, abondantes, durant 8 jours. Avant leur venue fortes coliques ; pas de douleurs, ni de pertes blanches.

Mariée à 21 ans. Deux enfants. Grossesses normales, accouchements à terme et faciles. Depuis sa deuxième couche la malade se plaint de douleurs de ventre et de pertes blanches abondantes. Les douleurs apparaissent après toute fatigue et sont plus marquées au moment des règles. A chaque menstrue les règles deviennent plus hémorragiques et les pertes plus abondantes. La malade est anémiée et se décide à entrer dans le service.

Examen. — *Palper.* — Ventre flasque, vergetures nombreuses, légère douleur à la pression sur le milieu et les côtés. Le périnée est déchiré sur 3 cm. de longueur.

Toucher. — On sent des déchirures multiples, en étoile. Le fond est en antéflexion, réductible et non douloureux.

Les culs-de-sac latéraux sont très souples.

Les doigts vaginaux arrivent au contact de la main abdominale. Aucune douleur.

Le cul-de-sac de Douglas est libre.

Au *spéculum.* — On voit un col augmenté de volume, avec de nombreuses cicatrices. La muqueuse cervicale est couverte d'érosions. De l'orifice cervical s'écoulent des glaires et des pertes blanches purulentes.

L'hystéromètre donne 8 cm. et demi.

22 mai. — Anesthésie au chloroforme. Curettage et amputation du col.

Suites opératoires excellentes.

La malade sort guérie le 6 juin.

Résultats. — La malade est morte le 30 octobre 1911, mais son mari, qui répond à notre lettre, nous dit « qu'il n'a eu qu'à se louer de l'intervention de M. le profes-

seur de Rouville, car sa femme allait tout à fait bien depuis ».

Morte de congestion pulmonaire.

Observation XIII

C... M..., 39 ans, cultivatrice. Lizarne.

Entre le 21 octobre 1910, salle A. Paré, lit n° 6, pour douleurs abdominales, pertes blanches et surtout faiblesse générale.

Réglée à 17 ans, normalement.

Mariée à 22 ans.

Deux grossesses menées à terme avec accouchement normal sans suites pathologiques.

Deux fausses couches de 2 mois et 3 mois et demi il y a 13 ans et 11 ans.

La malade ne se plaint que de faiblesse.

Pas de douleurs spontanées, mais le soir elle souffre lorsqu'elle a quelque peu travaillé.

Les règles sont encore normales, mais de temps à autre il y a des caillots et très peu de pertes blanches.

Examen. — Abdomen normal.

Périnée incomplètement déchiré.

Col très gros, déchiré latéralement, on peut y introduire la 1re phalange de l'index.

L'hystéromètre donne 11 cm.

Le 27 octobre, sans dilatation préalable, curettage et amputation du col sous rachinovocaïnisation.

L'anesthésie est parfaite et l'intervention se passe sans incident.

Mèches iodées, tampons ichthyolés à demeure.

La malade voit ses quelques douleurs disparaître, ses forces reviennent lentement.

Elle a ses règles sans grande fatigue et le 20 novembre elle quitte le service complètement guérie.

Résultats. — Nouvelles par lettre le 6 janvier 1912. Pertes complètement disparues.

Règles normales, régulières, non douloureuses. Les douleurs abdominales n'ont pas de nouveau fatigué la malade qui a vu ses forces revenir et qui nous dit « aller très bien ».

Observation XIV

E... P..., 30 ans, épouse L..., fermière.

Entre pour douleurs abdominales et pertes blanches.

Bonne santé habituelle.

Réglée à 13 ans. Les règles sont régulières, pas douloureuses, mais suivies de continuelles pertes blanches.

Mariée à 21 ans. Depuis son mariage les règles ont subi quelques modifications et les pertes blanches ont considérablement augmenté. Elles sont épaisses et tachent le linge en jaune.

Il y a sept ans, première grossesse, avec accouchement normal.

Il y a deux ans, deuxième grossesse, accouchement normal, mais ses règles réapparaissent pendant l'allaitement. Les pertes ne sont pas arrêtées, et la malade se plaint de souffrir au début de la miction, à la fin sensation de brûlure. Incapable de travailler, elle demande à entrer dans le service le 12 mai 1910.

Examen. — Ventre peu douloureux. Vagin normal. Au

spéculum, on voit un col congestionné et volumineux. Œufs de Naboth. Par l'orifice largement ouvert s'échappe un liquide jaunâtre et épais. Les culs-de-sac sont libres et indolores au toucher.

14 mai. — Dilatation aux laminaires, lavages et mèches de glycérine créosotée. Les jours suivants pansements utérins et vaginaux. Aucune amélioration.

22 mai. — Curettage sous anesthésie à l'éther et amputation du col. Suites opératoires très normales. Les douleurs disparaissent à chaque pansement que l'on fait tous les deux jours. Toujours quelques pertes au début de juin, la malade a ses règles qui ne sont pas douloureuses, mais durent plus de dix jours.

Résultats. — Revue le 28 janvier 1912.

Les pertes ont complètement disparu, ainsi que les vertiges qui fatiguaient la malade.

Les règles avancent de deux jours, mais ne durent que trois jours, ne sont pas hémorragiques et se passent sans douleurs, ni coliques.

La malade « se trouve très bien ».

Observation XV

A... B.... 47 ans, sans profession.

Entre pour douleurs abdominales gauches et siégeant dans la région médiane du bas-ventre, le 2 novembre 1909.

Réglée à 13 ans, très régulièrement ; ni caillots, ni douleurs. Durée des règles 5 à 6 jours.

Mariée à 23 ans.

Un an après, premier accouchement normal. La malade garde le lit 15 jours.

Un an après cette première grossesse, avortement de 3 mois suivi d'hémorragies. A dater de cette époque et pendant 13 mois, la malade eut des pertes rouges et des pertes blanches continuelles accompagnées de douleurs. Elle voit alors un docteur qui pendant 8 jours lui fait des cautérisations au nitrate d'argent et lui ordonne des injections chaudes. Les pertes diminuent et semblent disparaître au bout d'un an.

Neuf ans après nouvelle grossesse. L'accouchement, difficile, est fait par une sage-femme. Repos au lit 10 jours.

Le 40me jour la malade a une forte hémorragie. Elle se soigne par des injections chaudes qui n'arrêtent pas les pertes. De nouveau elle consulte un docteur qui lui donne un pessaire qu'elle garde 9 ans ; puis, n'obtenant qu'une amélioration plus que relative, elle se décide à entrer dans le service.

Actuellement.— La malade souffre dans toute la région abdominale et depuis 2 mois ses règles sont devenues plus douloureuses, elles ont une odeur fétide. De plus la malade est devenue irritable à l'excès, faible.

Les urines sont troubles, la miction est douloureuse, la digestion lente, la constipation habituelle.

Examen. — *Palper*. — Ventre peu douloureux.

Au *toucher*, on perçoit un col très hypertrophié, congestionné, laissant échapper un liquide épais, roussâtre, à odeur infecte.

Les culs-de-sac sont libres et indolores.

On propose une intervention, la malade accepte.

Opération. — Le 23 novembre, curettage et amputation du col sous anesthésie à l'éther. Les suites opératoires sont très normales.

Au troisième pansement (8 jours après) la cicatrisation est parfaite, on ne voit plus de suppuration.

La malade voit ses forces revenir, elle digère comme avant son malaise, n'est plus constipée. Ses règles surviennent très normales, sans douleurs ni pertes consécutives.

Elle sort guérie le 10 décembre 1909.

Résultats. — Nouvelles par lettre le 12 janvier 1912.

Après l'opération « les pertes ont diminué complètement et cela pendant 2 ans, puis brusquement elles sont revenues très abondantes, souvent à deux ou trois reprises dans le mois ».

Les règles n'ont pas paru depuis 3 mois. Aucune douleur dans le bas-ventre.

La malade a certainement des phénomènes de ménopause.

Observation XVI

M... B..., 29 ans, domestique.

Bonne santé habituelle.

Réglée à 12 ans, très régulièrement et assez abondamment, sans aucune douleur. Durée des règles : 3 jours.

A l'âge de 15 ans et 9 mois, la malade accouche de 2 jumelles. L'accouchement, très laborieux, nécessite l'intervention de M. Grynfeltt qui fait un forceps. Les enfants n'ont pas vécu.

L'accouchée reste 8 jours au lit. Les suites de couches sont très normales, santé parfaite. Cependant, il y a 6 mois, au moment où apparaissent ses règles,

légère douleur au côté gauche du bas-ventre. Les 2 mois suivants, arrêts des règles, puis elles reviennent, mais très douloureusement. Depuis cette époque, chaque mois, nouvelles douleurs.

La malade est obligée de s'aliter un ou deux jours ; dans l'intervalle des règles aucune douleur, mais peu à peu apparaissent des pertes blanches.

Les dernières règles sont une véritable hémorragie, aussi rentre-t-elle dans le service le 15 décembre 1910.

Examen. — L'utérus est en antéflexion très prononcée, avec un gros col de cervicite chronique. Rien aux annexes.

Après dilatation et redressement, on fait, pendant le mois de décembre, des lavages intra-utérins. L'état de la malade ne change guère, les douleurs du bas-ventre persistent ainsi que les pertes, aussi propose-t-on une intervention à la malade qui accepte.

Opération. — Le 4 janvier, amputation du col et curettage sous anesthésie à l'éther goutte à goutte. Suites opératoires très normales. La malade sort complètement guérie le 7 février.

Le 24 février, la malade, revue par M. le professeur de Rouville, vient d'avoir ses règles et a souffert dans la région hypogastrique.

Le 23 mai, nouvelle visite ; la malade est en parfait état. Les règles sont régulières, abondantes et sans douleur. Les pertes ont complètement disparu.

Le 23 décembre 1910, M. le professeur de Rouville voit de nouveau la malade, elle va aussi bien que possible.

Résultats. — Nous la revoyons de nouveau chez elle le 27 décembre 1911.

Les pertes sont toujours absentes.

Les règles sont très normales, très régulières et peu douloureuses.

Excellent état de santé, la malade est très contente de l'intervention.

Observation XVII

C... A..., 24 ans, domestique.

Entre pour douleurs du type annexiel et pertes blanches.

Réglée à 11 ans, régulièrement, sans caillots.

Les règles sont précédées de quelques douleurs et durent ordinairement de 4 à 6 jours.

Mariée à 19 ans. Première grossesse normale et sans suites fâcheuses.

Il y a 2 ans et demi interruption d'une grossesse de 4 mois. La malade ne donne aucune indication précise sur les causes de cette interruption brusque. Il en résulte une rétention consécutive avec hémorragie et infection.

Depuis cette époque leucorrhée assez abondante empesant le linge. Par contre ces derniers temps la malade a des menstrues très courtes, un jour à peine. Les caillots ont disparu, le sang est à peine rosé. Les douleurs abdominales persistent.

Examen. — La vulve, le vagin et le périnée sont normaux.

Au *palper*. — L'abdomen est douloureux à gauche.

Au *spéculum*. — On voit un col congestionné, hypertrophié. La lèvre postérieure est épaisse et couverte d'ulcérations.

Au *toucher*. — Le cul-de-sac antérieur est libre et légèrement effacé.

Dans le cul-de-sac postérieur, on sent le fond utérin, le sillon cervical est très net.

Opération. — Le 17 octobre 1910, curettage sous anesthésie et amputation du col. Mèches de glycérine créosotée, pansements à l'iode.

Les jours suivants, la malade vomit par intermittences. Puis, à la fin de la première semaine après l'intervention, tout s'améliore, les douleurs de ventre et les vomissements disparaissent.

Les règles reviennent le 12 novembre.

Elles sont peu douloureuses.

La malade reprend rapidement son état normal et sort le 29 novembre avec des pertes insignifiantes.

Résultats. — Nous avons écrit à la malade qui nous a répondu ce qui suit :

« Mes pertes ont diminué, mais j'en ai toujours conservé quelque peu, je n'ai plus de douleurs violentes comme avant mon opération, et mes règles qui sont à peu près régulières se passent sans trop de douleurs. »

La malade ajoute qu'elle a complètement abandonné les injections conseillées par M. le professeur de Rouville, ce qui n'est certes pas fait pour améliorer son état.

Observation XVIII

M... R..., femme S..., 46 ans, domestique, Montpellier.

Entre le 18 mars 1909, salle A. Paré, pour douleurs de ventre et pertes blanches très abondantes. La malade est une hystérique.

Elle accuse 4 accouchements, une fausse couche. Les deux premiers accouchements normaux lui permettent de se lever le soir même, 4 heures à peine à son dire après la délivrance.

Il y a 15 ans. Troisième accouchement, elle se lève le jour même, va laver le 6e jour et tombe à l'eau. Les pertes s'arrêtent et la malade commence à souffrir du côté gauche du ventre.

Quatre mois après, elle redevient enceinte et fait une fausse couche de 4 mois.

Trois mois après, nouvelle grossesse suivie d'un accouchement prématuré à 7 mois. L'enfant est mort-né.

Enfin, il y a 9 ans, nouvel accouchement normal. Il est suivi d'abondantes pertes blanches. M. Grynfeltt lui fait un curettage. Les règles se rétablissent bien, tout en restant peu abondantes et rosées, mais les pertes blanches persistent toujours.

Examen. — Gros col de métrite. Il est fendu transversalement et regarde en avant. Les culs-de-sac sont libres, mais le gauche est douloureux.

Le corps de l'utérus est nettement en rétroversion dans le cul-de-sac postérieur.

L'utérus est très mobile, mais légèrement douloureux à la mobilisation.

Interventions. — Du 25 mars au 12 avril on lui fait un traitement intra-utérin après dilatation aux laminaires. La rétroversion est corrigée, mais les pertes blanches ne cessent pas ; on décide une amputation du col que la malade accepte.

Opération. — Le 18 avril, avec curettage et amputation du col. Pendant une dizaine de jours, il y a des phénomènes d'infection utérine, consécutifs à une hémor-

ragie des lèvres du col amputé, ayant nécessité un tamponnement la nuit qui suivit l'opération. Le sphacèle est facilement évité au moyen de mèches iodées introduites à demeure dans la cavité.

Le 10 mai, la malade sort complètement remise et ne perdant plus du tout.

Résultats. — Revue chez elle le 23 décembre 1911.

Plus de pertes blanches.

Règles indolores, régulières, abondantes.

Les phénomènes douloureux ont aussi totalement disparu.

Observation XIX

M... H..., 30 ans, boulangère, Saint-Christophe.

Entre le 22 juin 1911, salle A. Paré, pour pertes blanches.

Réglée à 17 ans, règles normales durant 4 à 5 jours, sans douleurs, ni caillots.

Mariée à 23 ans.

De 24 à 29 ans, 4 accouchements normaux à terme sans complications. La malade commet l'imprudence de se lever le deuxième jour.

Pas d'avortement.

Le début de l'affection actuelle remonte aux premiers accouchements. La malade présente depuis des pertes blanches abondantes tachant et empesant le linge. Aucune douleur à la miction. Peu de douleurs lombaires ou abdominales, mais les règles sont devenues moins régulières,

elles avancent de 4 à 5 jours tout en restant à peu près indolores et peu abondantes.

Examen (le 23 juin 1911). — *Toucher*. — Gros col, déchiré, glaireux, corps en antéflexion et volumineux, non douloureux à la mobilisation.

Culs-de-sacs latéraux et postérieur libres et indolores.

Le *spéculum* nous montre un col congestionné d'où s'échappent des glaires.

L'hystéromètre donne 7 cm. 5.

On dilate aux laminaires.

30 juin 1911. — Sous anesthésie à la novocaïne lombaire, curettage et amputation du col. Pansements quotidiens. Suites opératoires physiologiques. La malade a ses règles sans douleur. Les pertes ont disparu et ne se sont plus montrées quand la femme bien guérie quitte le service le 7 juillet 1911.

Résultats. — Nous avons de ses nouvelles par elle-même le 18 janvier 1912.

Plus de douleurs au moment des règles qui sont moyennement abondantes et très régulières.

Plus de pertes blanches.

La malade prend régulièrement des injections.

Observation XX

M... P..., 28 ans, domestique, Bouzigues.

Entre le 21 avril 1911, salle A. Paré, pour pertes blanches et douleurs abdominales au moment des règles.

Réglée à 13 ans, régulièrement, durant 3 à 4 jours, pas de pertes blanches ni avant, ni après les règles.

Mariée à 20 ans.

A 21 ans, accouchement pénible, séjour au lit vingt jours. A la suite, douleurs abdominales pendant un an environ. La malade nourrit et les règles reviennent régulières. L'année après son accouchement, la malade s'aperçoit qu'elle a des pertes jaunâtres, fétides, empesant le linge. A partir de cette époque, les règles avancent et deviennent plus abondantes. Pendant toute la période menstruelle, caillots et douleurs très violentes.

Examen (le 22 avril). — Utérus mobile en antéflexion. Col gros, déchiré, glaireux, colpocèle antérieure. Hystéromètre 7 cm. et demi.

On fait une série de laminaires.

12 mai. — Sous anesthésie au chloroforme, curettage et amputation du col.

Pansements. Suites opératoires très normales.

L'état général s'améliore de jour en jour.

La malade a ses règles dans le service. Elles sont normales et indolores. Elle sort guérie le 10 juin.

Résultats. — Nouvelles le 11 janvier 1912.

Douleurs abdominales disparues même au moment des règles, qui sont abondantes et régulières.

Les pertes blanches ont à peu près complètement disparu. La malade a eu un retard de 17 jours le mois dernier et se croit enceinte.

Observation XXI

C. L..., 42 ans, couturière, Ganges.

Entre le 18 octobre 1911, salle A. Paré, lit n° 6, pour hémorragies abondantes et douleurs violentes dans le bas-ventre.

Réglée à 11 ans, régulièrement, durant 4 à 5 jours, sans douleurs, les pertes sont peu abondantes.

Mariée à 19 ans.

Quatre grossesses normales, un avortement au troisième mois, il y a 1 an.

Le sang des pertes est très rouge, sans caillots, sans odeur mauvaise. Les hémorragies survenant en dehors des règles sont particulièrement douloureuses. La malade a eu autrefois des pertes blanches, mais elles ont depuis longtemps disparu.

Début il y a un an environ, par des règles plus abondantes.

Peu d'appétit, douleurs à l'estomac et au bas-ventre, mauvaise digestion, constipation. Palpitations de cœur.

Urine normalement et sans douleurs.

Examen. — Polype dans le vagin. Col dur avec un point particulièrement dur sur la lèvre antérieure. Œufs de Naboth. Utérus gros, mobile, non douloureux.

19, 20, 21 octobre. — Laminaires. Ablation du polype. On fait pénétrer un Hégar de gros volume, la cavité utérine est libre.

Examen histologique. — Métrite cervicale glandulaire hypertrophique.

29 octobre. — Sous anesthésie lombaire à la novocaïne, curettage et amputation du col.

Pansements quotidiens, lavages.

Suites opératoires excellentes. La malade voit ses forces revenir peu à peu, ses règles reviennent normales et non douloureuses. Plus d'hémorragies ni de pertes blanches.

La malade sort guérie le 20 novembre.

Résultats. — Nouvelles le 13 janvier 1912.

Douleurs disparues d'une façon générale ; par hasard un jour par mois quelques douleurs, assez vagues du reste, dans le bas-ventre.

Les règles sont très normales et régulières.

Plus d'hémorragies entre les règles.

Observation XXII

T... I..., 21 ans, fileuse, Laroque..

Entre le 17 novembre 1911, salle A. Paré, lit n° 3, pour douleurs abdominales, pertes blanches et pertes rouges.

Réglée à 15 ans, régulièrement, les règles durent 7 jours, sont abondantes, mais non douloureuses.

Mariée il y a 7 mois.

Avortement 2 mois après.

Depuis elle perd beaucoup en rouge au moment des règles et en blanc dans l'intervalle.

De nombreuses injections et cautérisations n'ayant donné aucun résultat, la malade entre dans le service le 17 novembre.

Examen (le 18 novembre). — Col volumineux, utérus normal, culs-de-sac libres.

Glaires purulentes. Ovaire gauche douloureux.

L'hystéromètre donne 8 cm.

Les 24, 25, 26. — Laminaires.

Opération (le 27). — Sous anesthésie à l'éther goutte à goutte, curettage et amputation du col.

Suites opératoires normales.

Les douleurs et les pertes disparaissent.

La malade sort guérie le 29 décembre 1911.

Résultats. — Nous avons de ses nouvelles le 20 janvier 1912.

La malade a eu ses règles une fois depuis sa sortie de l'hôpital. Peu de douleurs, règles très normales.

Pas de pertes consécutives.

Observation XXIII

D... J..., 44 ans, bouchère, Cette.

Entre salle A. Paré, le 4 avril 1911, pour douleurs abdominales et pertes blanches.

Réglée à 13 ans régulièrement ; règles abondantes durant 4 à 5 jours, douloureuses avant et après, jamais de caillots.

Mariée à 25 ans.

Quatre accouchements à terme et normaux :

A 27 ans : 1er enfant mort-né.

A 29 ans : 2e enfant vivant et bien portant.

A 32 ans : 3e enfant mort à 2 ans d'entérite.

A 36 ans : 4e enfant vivant et en bonne santé.

La malade nous dit qu'après chaque couche elle ne reste que 3 jours au lit.

Le début de l'affection actuelle remonte au dernier accouchement. Depuis, douleurs abdominales généralisées, exagérées par la fatigue et la menstruation.

Pertes blanches tachant et empesant le linge. Pas de pertes rouges en dehors des règles. Depuis un an environ, sensation de pesanteur au périnée, pollakiurie et dysurie.

La miction n'est pas douloureuse, appétit capricieux, crampes d'estomac, vomissements fréquents.

Constipation habituelle, jamais de muco-membranes dans les selles.

Crises nerveuses hystériformes.

Examen (le 5 janvier 1911). — Déchirure périnéale de moyenne étendue.

Colpocèle antérieure et postérieure sans cystocèle, ni rectocèle.

Col en arrière, volumineux, déchiré, glaireux (métrite cervicale).

Corps en antéversion, remontant à 2 travers de doigt au-dessus du pubis, non douloureux à la mobilisation.

Dans les culs-de-sac latéraux, petits ovaires sclérokystiques, roulant sous le doigt, peu douloureux. Cul-de-sac postérieur libre.

L'hystéromètre donne 8 cm.

Opération (7 avril 1911). — Après dilatation préalable sous novocaïne lombaire, amputation du col.

Pansements vaginaux et utérins à la glycérine créosotée chaque jour.

Les suites opératoires sont très normales et, le 7 mai 1911, après avoir vu ses règles revenir sans douleurs ni pertes blanches consécutives, la malade sort parfaitement guérie et en excellent état ; seuls de légers troubles gastro-intestinaux apparaissent de temps à autre, mais ils sont insignifiants.

Résultats. — Revue le 12 janvier 1912.

Les pertes ont cessé, les douleurs aussi.

Les règles sont normales, régulières et se passent sans douleur.

Bonne santé en tous points depuis l'intervention.

Observation XXIV

C... M..., 48 ans, cuisinière, Marsillargues.

Entre le 7 novembre 1910, salle A. Paré, lit n° 10, pour pertes abondantes et douleurs dans le bas-ventre.

Réglée à 14 ans, pertes abondantes, régulières, non douloureuses.

Mariée à 19 ans.

Deux fausses couches.

Cinq enfants vivants, cinq morts.

Toutes les grossesses sont normales mais les accouchements laborieux. La malade reste peu au lit.

Depuis son deuxième accouchement, pertes très abondantes tachant le linge et répandant une odeur fétide. Quand la malade entre dans le service elle n'a pas eu ses règles depuis 2 mois.

Examen (le 8 novembre 1910). — Au *toucher*, col volumineux, déchiré en étoiles.

Erythème des cuisses.

Au *spéculum*, on voit d'abondantes pertes blanches, glaireuses et purulentes. Les culs-de-sac sont libres et indolores. L'utérus est gros.

L'hystéromètre donne 8 cm. 5.

Le 10 novembre, les règles apparaissent contre l'attente de la malade. Elles sont très douloureuses.

Le 14 novembre, on dilate aux laminaires ainsi que les jours suivants.

Opération (le 17 novembre). — Rachianesthésie à la novocaïne et amputation du col avec curettage.

Aucun trouble post-anesthésique.

Pansements vaginaux et utérins chaque deux jours.

Les douleurs cessent peu à peu, les pertes disparaissent.

Les règles apparaissent le 6 décembre, elles sont normales et la malade n'accuse aucune douleur.

Le 13 décembre, la malade sort guérie mais présentant des troubles psychiques, qui s'étaient manifestés d'une façon légère avant l'intervention.

Résultats. — La malade n'a pas répondu à notre lettre.

Observation XXV

Mme N... M..., 36 ans, couturière.

Bonne santé habituelle. Réglée à 12 ans, régulièrement. Durée 3 à 4 jours. Les règles sont peu abondantes, mais contiennent de nombreux caillots. Aucune douleur consécutive.

Mariée à 27 ans. Un an après, la malade a une grossesse normale avec accouchement long et pénible fait par une sage-femme. Infection consécutive, la fièvre persiste une quinzaine de jours. La malade se lève après trois semaines et se rétablit. A dater de cette époque, pertes blanches continuelles.

Maladie actuelle. — Il y a un an, a eu des mictions douloureuses. Les urines sont laiteuses, laissent un dépôt au fond du vase.

Depuis six mois, les pertes ont pris une teinte verdâtre tachant et empesant le linge. Ces pertes furent d'abord très abondantes, mais après un traitement approprié (injections chaudes et cautérisations) elles dimi-

nuent sensiblement de quantité, mais n'en persistent pas moins. Violentes douleurs lombaires.

Elle entre dans le service le 30 septembre 1909.

Examen. — Bon périnée.

Légère colpocèle antérieure.

Vagin très long. Col petit et long, tapiroïde dans l'axe. Pas d'ulcérations. Déchirure légère à droite. Les culs-de-sac sont libres. L'utérus est mobile et pas douloureux. Pertes assez abondantes.

Cathétérisme utérin, 7 centim. et demi.

Dilatation par Hégar n° 16. Lavage intra-utérin. Après quoi on introduit une grosse laminaire.

Le 3 octobre, on enlève la laminaire. Lavages et mèche à la glycérine créosotée.

Les jours suivants, on donne des lavages intra-utérins, avec pansements vaginaux. Les règles reviennent du 16 au 20 octobre, et les pertes blanches persistent. On propose à la malade une intervention qu'elle accepte.

Opération. — Le 24 octobre 1909, curettage sous anesthésie et amputation du col. On laisse une mèche intra-utérine à la glycérine créosotée.

Le 26 octobre, premier pansement vaginal. Pas de température.

Le 28 octobre, deuxième pansement, utérin cette fois. On change la mèche utérine. Tous les deux jours on continue les pansements et lavages intra-utérins. La malade n'accuse plus de douleurs lombaires, les pertes ont disparu.

Les règles surviennent du 15 au 18 novembre, elles sont peu douloureuses et ne sont suivies d'aucune perte. La malade sort guérie le 24 novembre.

Résultats. — Nous la voyons le 22 janvier 1912.

Elle est en parfait état. Depuis l'intervention les pertes blanches ont disparu complètement. Les règles se passent normalement. Elles sont assez abondantes et durent trois à quatre jours.

Au palper la malade accuse une légère douleur dans la région de l'ovaire gauche.

Observation XXVI

Mme R... B..., 36 ans.

Entre le 29 juin 1910, salle A. Paré, pour douleurs et pertes blanches abondantes.

Réglée à 14 ans, régulièrement et assez abondamment jusqu'à 20 ans.

A cette époque la malade devient enceinte, sa grossesse est normale. Elle accouche à terme et sans incident.

Quelque temps après, elle se plaint de violentes douleurs à la miction et d'abondantes pertes blanches.

Mariée à 31 ans, elle n'a ni enfant, ni fausse couche, mais continue à souffrir du ventre tandis que ses pertes blanches deviennent de plus en plus profuses malgré injections et tampons vaginaux.

Examen. — Pas de lésions annexielles. Gros col de métrite chronique, l'utérus est très mobile et peu douloureux.

Opération. — Le 3 juillet, curettage et amputation du col, sous anesthésie à l'éther. Les suites opératoires sont

très normales, la malade ne souffre plus du ventre, les pertes diminuent de jour en jour et le 28 la malade sort de l'hôpital en très bon état, sans aucune douleur ni aucune perte blanche.

Résultats. — Nouvelles par lettre le 12 janvier 1911 ; quelques vagues pertes rosées ont encore persisté.

Point de douleurs même au moment des règles qui sont normales, régulières et durent trois jours.

Observation XXVII

R... M..., 38 ans, fermière.

Entre dans le service le 5 janvier 1910, pour douleurs dans le bas-ventre, surtout dans la région hypogastrique, pour leucorrhée et ménorragies.

Réglée à 14 ans, régulièrement et sans douleurs avant son mariage.

Mariée à 20 ans, elle est depuis très mal réglée. A 2 ou 3 reprises ses règles ont manqué 2 ou 3 mois de suite. Brusquement elles réapparaissent et sont franchement hémorragiques. Un docteur consulté à cette époque aurait parlé d'avortements.

De plus, depuis son mariage, ses règles sont précédées de petites coliques qui durent 2 ou 3 jours. Parfois ses règles, très abondantes pendant 8 et 15 jours, l'affaiblissent beaucoup et l'obligent à garder le lit.

La malade n'a pas eu d'enfant; les pseudo-fausses couches signalées plus haut ne sont pas confirmées.

Pas de traces de blennorragie, mais depuis 15 ans environ la malade signale de continuelles et peu abondantes pertes blanches n'ayant point d'odeur et ne dispa-

raissant pas malgré des injections antiseptiques prises journellement.

Signes locaux. Les douleurs et les pertes blanches datent du mariage. Les douleurs ne sont pas continues. Elles apparaissent pas crise et n'ont aucun rapport chronologique avec la période des menstrues. Ces douleurs obligent la malade à garder le lit.

A certaines époques le coït est particulièrement pénible et douloureux.

Depuis août dernier les douleurs sont devenues plus vives et les pertes plus abondantes. Elle a dû rester un mois au lit. Constipation, léger amaigrissement. Elle entre à la clinique le 5 janvier.

Toucher. — L'utérus est gros et en antéversion, le col est fongueux ; le doigt pénètre dans ces fongosités. Le museau de tanche est obstrué par des bourgeons charnus (le doigt est retiré plein de sang).

Le cul-de-sac latéral droit est peu profond, on y sent une tumeur dure. Les autres culs-de-sac sont libres.

L'utérus descend par la traction et donne l'impression d'un utérus scléreux.

Opération. — Le 21 janvier, on fait un bon curettage et une amputation haute du col. Son aspect en imposant d'abord pour un épithélioma, on l'envoie au laboratoire d'anatomie pathologique. La réponse est négative du reste. Après un traitement au Fillios de quelques jours, la malade prend rapidement des forces, les hémorragies ont cessé.

Les règles arrivent très normales et sans douleur ; quant aux pertes blanches, elles ont complètement disparu.

La malade sort complètement guérie le 25 février.

Résultats. — M. le professeur de Rouville a vu la malade le 27 décembre 1911.

Elle n'a plus de pertes, ses règles sont tout à fait normales, quelques légères douleurs abdominales, au moment des règles seulement.

Bon état général.

Observation XXVIII

B... E..., 21 ans, sans profession, Le Vigan.

Réglée à 10 ans, régulièrement.

Règles peu abondantes, durant 3 jours, sans douleurs, ni caillots.

Mariée à 16 ans.

Ni accouchement, ni avortement.

Début il y a 4 ans environ par pertes blanches, tachant le linge, sans douleur à la miction.

Aucune douleur lombaire ou abdominale.

Pas de pertes rouges en dehors des règles.

Depuis un an environ, les pertes sont devenues jaunâtres, pas de douleurs à la miction.

En février 1911, la malade avait eu un premier curetage suivi de nombreux pansements utérins.

Examen (le 7 juin 1911). — *Palper*, — Pas de douleurs provoquées.

Toucher. — Petit col conique à orifice sténosé.

Le corps est en antéflexion, peu volumineux, indolore à la mobilisation.

Dans le cul-de-sac latéral gauche, grosse masse douloureuse.

Au *spéculum*. — On aperçoit des glaires en grande quantité et du pus jaunâtre et très épais.

L'hystéromètre donne 7 cm. 5.

Dilatation prolongée aux laminaires.

17 juin 1911. — Curettage et amputation du col sous anesthésie au chloroforme.

Pansements quotidiens.

Suites opératoires normales.

Le vingt-cinquième jour, la malade a de nouveau ses règles, elles viennent bien et ne sont pas douloureuses.

Elle quitte le service en excellent état, le 20 juillet 1911.

Résultats. — Nous la voyons à Montpellier le 24 janvier 1912.

Elle n'a plus eu de pertes blanches, se trouve toujours très bien réglée et cela sans douleur.

Observation XXIX

E... M..., 27 ans, propriétaire.

Entre le 6 février 1910, salle A. Paré, lit n° 6, pour pertes rouges et blanches.

Bonne santé habituelle.

Réglée à 11 ans. Depuis règles régulières sans douleur, peu abondantes, durant 3 à 4 jours, pas de caillots ni de pertes blanches.

Mariée à 21 ans. A 23 ans, première grossesse. Accouchement facile, suites de couches normales.

Un an après cet accouchement les règles deviennent brusquement plus abondantes et durent 10 et 12 jours. En même temps apparaissent des pertes blanches arrivant après les époques.

Examen.— Légère déchirure du périnée avec prolapsus vaginal.

Au *toucher*. — Gros col dévié à gauche et en arrière, avec déchirures latérales. Le fond est en antéflexion et remplit le cul-de-sac antérieur. L'utérus est très mobile.

Au *spéculum*. — On voit autour de l'orifice cervical de nombreuses ulcérations, avec grosses glaires visqueuses de métrite cervicale.

L'hystéromètre donne 7 centimètres.

9 février. — Dilatation aux bougies d'Hégar n° 16. Laminaires.

Pansements et lavages quotidiens.

L'amélioration est peu sensible.

17 février. — Anesthésie au chloroforme, curettage et amputation du col.

Pansement à la glycérine créosotée et à la teinture d'iode tous les 2 jours. Lavages intra-utérins et vaginaux.

Suites opératoires normales.

Les règles reviennent le 2 mars et durent 3 jours. Plus de pertes blanches, ni de douleur soit avant soit après les règles.

La malade sort guérie le 16 février.

Résultats. — M. le professeur de Rouville la voit de nouveau le 10 janvier 1912.

Elle n'a plus ni pertes blanches ni pertes rouges.

Les règles viennent normalement, sans douleur appréciable, et durent 3 jours.

Bonne santé, surtout depuis l'intervention.

Observation XXX

N. M..., 44 ans, ménagère.

Entre à l'hôpital, salle Fuster, lit n° 5, pour douleurs dans le bas-ventre et pertes blanches abondantes.

Bonne santé habituelle.

Réglée à 15 ans. Les règles sont régulières, sans caillots. Durée 3 ou 4 jours.

Mariée à 19 ans. A eu 6 grossesses normales avec accouchements faciles.

Au mois de novembre 1907, la malade ressent des démangeaisons au niveau de la vulve. A partir de ce moment pertes blanches journalières et abondantes. La malade prend des injections de permanganate qui n'arrêtent pas les pertes blanches. Le Dr Ferry consulté l'envoie dans le service où elle entre le 2 janvier 1909.

Examen. — L'abdomen n'est pas douloureux. L'orifice vulvaire légèrement ouvert présente, sur la face interne des petites lèvres, de petites ulcérations. Les parois antérieure et postérieure du vagin font saillie.

Au *toucher*. — Gros col, l'orifice cervical est largement ouvert. Déchirures à droite et à gauche. Œufs de Naboth. Polype muqueux implanté sur la lèvre postérieure. Culs-de-sac libres. Fond utérin en avant. Mauvais périnée.

Au *spéculum*.— On voit un col congestionné, volumineux. La muqueuse cervicale est ectropionnée. Ecoulement glaireux.

L'utérus descend facilement.

L'hystéromètre donne 8 cm. et demi.

On panse la malade pendant plusieurs jours sans

intervenir, car l'analyse de ses urines a donné de l'albumine qui cesse après 15 jours.

Opération. — Le 1er février, curettage et amputation biconique du col sous chloroforme. Suites opératoires normales.

Pansements tous les 2 jours, mèches de glycérine créosotée, lavages intra-utérins et vaginaux.

Les douleurs disparaissent, les pertes cessent complètement.

La malade sort guérie le 20 février.

Résultats. — Nous la voyons le 27 janvier 1912.

Les pertes ont complètement disparu, les règles sont régulières, abondantes et non douloureuses.

Elle ne souffre pas du ventre si de temps à autre elle prend une injection.

« Elle va tout à fait bien. »

Observation XXXI

M. C..., 27 ans, sans profession.

Entre pour leucorrhée abondante et douleurs.

Réglée à 10 ans et régulièrement. Les règles durent 4 ou 5 jours et sont indolores ; jamais de caillots. Il y a 4 ans, la malade accuse 3 fausses couches dans la même année, dont 2 de deux mois. A la suite de ces accidents, leucorrhée légère.

Il y a 2 ans, la malade a eu un curettage qui a fait disparaître les douleurs abdominales. Depuis la dernière fausse couche pertes blanches continuelles apparaissant 2 ou 3 à fois par jour.

Examen. — Vulve, vagin, périnée normaux.

Au *toucher*, on perçoit un col hypertrophié, dévié à gauche.

La lèvre gauche est déchirée.

La lèvre postérieure est mince, tandis que la lèvre antérieure est épaisse.

Les culs-de-sac sont à peu près indolores.

L'utérus est volumineux, son fond est mobile. L'orifice du col est petit et n'admet pas la pulpe de l'index.

On dilate aux laminaires, lavages antiseptiques, mèches de glycérine créosotée. Les douleurs disparaissent, mais les pertes persistent. On propose à la malade une intervention qu'elle accepte.

Opération. — Curettage et amputation du col sous anesthésie à l'éther goutte à goutte.

Lavages intra-utérins, mèches de glycérine créosotée.

Pansements tous les 2 jours.

Les suites opératoires sont tout à fait normales.

Les douleurs et les pertes ont complètement disparu.

La malade sort guérie le 8 novembre 1910.

Résultats. — Nouvelles par lettre le 8 janvier 1912.

Les pertes n'apparaissent qu'un jour ou deux après les règles et s'arrêtent à la première injection.

Les règles avancent un peu, la malade est réglée tous les 25 jours, mais sans douleur.

Les douleurs abdominales et lombaires ont totalement disparu.

Observation XXXII

T... G..., 36 ans, artiste.

Entre le 26 septembre 1909, salle A. Paré, lit n° 5, pour douleurs et pertes blanches.

Bonne santé habituelle.

Réglée à 14 ans. Les règles sont très régulières, pas douloureuses, durent 4 ou 5 jours, jamais de pertes en dehors des époques.

Mariée à 16 ans. 4 enfants.

1re grossesse. — Normale, mais accouchement prématuré à 8 mois et demi. L'enfant n'a pas vécu.

2e grossesse. — Accouchement prématuré à 7 mois. L'enfant est mort-né.

La malade garde le lit 15 jours et commence à perdre après cet accouchement.

3e grossesse.— Menée à terme. La malade a gardé le lit pendant quatre mois, car, dès qu'elle se levait, apparaissaient des contractions utérines.

Quinze jours après cet accouchement les douleurs du ventre reviennent ainsi que les pertes.

4e grossesse. — La malade a dû encore garder le lit 6 mois, aussi l'accouchement est-il normal. Suites de couches assez défectueuses, constipation opiniâtre, phlébite.

Les règles ne reviennent qu'à 15 mois et sont hémorragiques.

Dès leur réapparition, la malade souffre de douleurs violentes, et perd en blanc en abondance.

Elle entre à l'hôpital le 26 septembre.

Examen. — Ventre douloureux à la palpation.

Au *toucher*. — Col gros, avec nombreuses déchirures. Rien dans les culs-de-sac.

Au *spéculum*. — On voit un col congestionné, volumineux. Le bord de l'orifice externe est couvert de petites érosions lenticulaires et, par ses lèvres éversées et déchirées, s'écoulent des glaires sanguinolentes.

29 septembre. — Curettage sous anesthésie et ampu-

tation du col. Mèches de glycérine créosotée, tampons d'eau oxygénée.

Aucun incident post-opératoire. On panse la malade tous les deux jours.

Elle voit peu à peu disparaître ses douleurs de ventre et ses forces revenir.

Les règles reviennent le 20 octobre, elles sont abondantes et se passent sans douleur ni pertes consécutives.

La malade sort le 25 octobre en très bon état.

Résultats. — Nouvelles par lettre le 3 janvier.

Les pertes blanches ont complètement disparu.

Les règles se passent normalement sans grandes douleurs, elles sont régulières et abondantes.

Les douleurs du bas-ventre ont totalement disparu.

Observation XXXIII

L... A..., 23 ans, sans profession.

Entre à l'hôpital le 30 décembre 1910, pour ménorragies.

Bonne santé habituelle.

Réglée à 16 ans, mais depuis l'âge de 12 ans la malade souffrait du bas-ventre à intervalles irréguliers, elle était obligée de rester couchée plusieurs jours à chaque crise.

Les règles sont régulières. Durée 4 à 5 jours.

Mariée à 20 ans. Ni enfants, ni fausse couche.

Depuis 7 mois, la malade se plaint de pertes blanches qui empèsent fortement le linge. Elles commencent après les règles et durent une semaine environ. Elle attribue ces pertes à une chute faite sur le ventre à la suite de

laquelle ses règles auraient avancé de 9 jours et auraient persisté pendant 25 jours sous forme d'hémorragies assez abondantes. Un médecin consulté à cette époque ordonna des injections chaudes qui ne donnèrent aucun résultat, et la malade entre dans le service le 30 décembre.

Examen. — Au *palper*, le ventre est souple et non douloureux.

Le *toucher* révèle un col conique à orifice circulaire. L'utérus est en rétroflexion.

Les culs-de-sac sont libres.

Au *spéculum* on voit au niveau du col des érosions. Dans la cavité cervicale, glaires filantes.

L'hystéromètre donne 8 cm.

4 janvier. — Dilatation aux laminaires, que l'on continue le 5, le 6 et le 7.

Le 8, on introduit les bougies d'Hégar, on cautérise à la teinture d'iode.

Malgré des pansements journaliers l'état de la malade ne s'améliore pas.

Opération. — Le 27 janvier on pratique un curettage avec amputation du col sous anesthésie à l'éther.

La cavité cervicale largement dilatée permet des pansements soignés avec mèches de glycérine créosotée à demeure.

Les douleurs disparaissent peu à peu ainsi que les pertes.

Le 10 février, la malade sort complètement guérie.

Résultats. — Vue par M. le professeur de Rouville le 22 janvier 1912.

Plus de pertes blanches. L'appétit est retrouvé. Douleurs légères au moment des règles, qui aujourd'hui sont

normales et moyennement abondantes, alors qu'autrefois elles étaient hémorragiques.

Les douleurs d'estomac ont aussi disparu.

Observation XXXIV

D... M..., 24 ans, repasseuse, Cette.

Entre dans le service, salle A. Paré, lit n° 4, le 10 août 1911, pour douleurs et pertes blanches.

Début il y a deux ans ; les douleurs, devenant de plus en plus pénibles, exagérées au moment des règles qui sont abondantes, durent six jours, sont régulières depuis l'âge de 12 ans.

Les pertes blanches se produisent à toute époque, mais surtout avant et après les règles. Elles tachent le linge.

Peu d'appétit, sensation de poids sur l'estomac, digestion difficile, constipation opiniâtre.

Parfois la miction est douloureuse.

Examen. — Ventre normal.

Au *toucher*, on trouve un col augmenté de volume, mou.

Antéversion accentuée.

Glaires abondantes. L'examen est très douloureux.

L'hystéromètre donne 6 centim. 5.

Pansements utérins chaque deux ou trois jours.

10 octobre. — Pertes moins abondantes, laminaires.

12 octobre. — Ecouvillonnage, laminaire.

On propose une amputation du col que la malade accepte.

14. — Anesthésie à l'éther goutte à goutte, puis curetage et amputation du col. Pansements chaque jour, suites opératoires très normales.

La malade a ses règles avant son départ. Elles sont normales et non douloureuses.

La malade quitte le service complètement guérie le 16 novembre.

Résultats. — Nous revoyons la malade le 23 janvier 1912.

Les pertes ont disparu. La malade n'a eu ses règles qu'une seule fois depuis l'intervention. Elles se sont passées normalement et sans douleur.

La malade a ce mois-ci un retard considérable et se croit enceinte, ce qui est fort possible, car elle accuse certains symptômes qui ne peuvent faire opter que pour l'affirmative.

Etat général excellent.

Observation XXXV

A... C..., 30 ans, cantinière, Montpellier.

Entre le 15 décembre 1910, salle A. Paré, lit n° 12, pour douleurs au niveau du bas-ventre et pertes blanches.

Réglée à 12 ans sans douleurs. Les règles durent 5 à 6 jours, sans caillots, ni pertes blanches.

Mariée à 17 ans. Les règles restent régulières pendant les cinq premiers mois du mariage, mais après cette date les règles sont suspendues pendant quatre mois. La malade est très anémique.

A 22 ans, premier accouchement se passant normalement ; la malade reste couchée pendant 16 jours. Trois mois après, forte hémorragie nécessitant un alitement de

8 jours. A partir de cette date, la malade éprouve de fortes douleurs et présente d'abondantes pertes blanches.

Deuxième accouchement à 25 ans se passant normalement. La malade reste couchée 8 jours.

Trois mois après forte hémorragie. Quatre mois après ce deuxième accouchement, la malade est de nouveau enceinte et fait un avortement de six mois. Séjour au lit 4 jours. Pas de fièvre, mais la malade perd en rouge pendant 15 jours, puis en blanc sans arrêt.

Deuxième avortement de trois mois, 5 mois et demi après le premier. Forte hémorragie. La malade s'alite pendant 15 jours et continue à avoir des pertes rouges et des pertes blanches.

Pendant les deux années qui suivirent cet avortement, la malade présente de vives douleurs dans le bas-ventre. Les règles sont toujours très abondantes. De temps à autre pertes blanches avec ménorragies très abondantes.

A 29 ans, nouvel avortement de trois mois nécessitant l'intervention d'un médecin. Hémorragie abondante, fièvre intense ; la malade reste couchée une dizaine de jours.

A partir de ce dernier avortement, les douleurs dans le bas-ventre sont de plus en plus intenses, avec irradiation dans les reins. Règles douloureuses et abondantes durant 5 à 6 jours, avec pertes blanches considérables.

Examen. — Gros col déchiré surtout à gauche, lèvre antérieure volumineuse et congestionnée. Nombreux œufs de Naboth. L'utérus est mobile, les culs-de-sac sont libres et indolores. Dans la cavité cervicale, glaires épaisses et purulentes.

L'hystéromètre donne 9 centim. et demi.

Le 20 décembre, dilatation aux laminaires.

Le 22, on introduit les bougies d'Hégar.

23 décembre. — Curettage et amputation du col sous anesthésie à l'éther. La cavité cervicale, largement dilatée, permet l'introduction de pansements à l'iode et à la glycérine créosotée. Les douleurs disparaissent peu à peu. La malade a ses règles dans le service, sort le 23 janvier en excellent état et complètement rétablie sans aucune perte.

Résultats. — Nous voyons Mme A... C... chez elle le 27 décembre 1912.

Elle nous déclare que depuis son intervention ses pertes ont complètement disparu, elle n'a plus aucune douleur, même au moment de ses règles, qui se passent normalement. Elles sont régulières et assez abondantes.

Nous la trouvons en excellent état.

Observation XXXVI

D... G..., 27 ans, sans profession, Montpellier.

Entre le 19 juin 1911, salle A. Paré, lit n° 11, pour douleurs abdominales et pertes blanches.

Réglée à 12 ans régulièrement ; règles moyennement abondantes, durant 3 à 4 jours, non douloureuses et sans caillots.

Mariée à 24 ans.

Ni accouchement, ni avortement.

Début il y a un an environ par des douleurs abdominales, à siège hypogastrique sans irradiations, influencées par la fatigue, peu par la menstruation.

La miction est légèrement douloureuse.

Pertes blanches glaireuses, peu abondantes, tachant et empesant fortement le linge.

Règles non modifiées.

Pas d'hémorragie en dehors des règles.

Examen (le 21 juin). — Pas de douleurs provoquées.

Toucher. — Col en arrière, gros, conique, non déchiré, glaireux.

Corps en antéflexion, peu volumineux, un peu douloureux à la mobilisation.

Culs-de-sac latéraux, postérieur, souples et libres.

L'hystéromètre donne 8 cm.

On essaye de cautériser le col, mais sans succès, on dilate alors aux laminaires pendant plusieurs jours.

29 juin 1911. — Curettage et amputation du col sous anesthésie à l'éther goutte à goutte.

Pansements vaginaux et utérins.

Les suites opératoires sont très normales, pas de température.

La malade a ses règles dans le service, elles sont normales et non douloureuses. Etat général satisfaisant.

La malade quitte le service complètement guérie le 2 août 1911.

Résultats. — Nouvelles par lettre le 2 janvier 1912.

Les pertes ont bien diminué et tendent à disparaître. Les règles sont régulières, très normales et se passent sans douleur.

Bon état général.

Observation XXXVII

M... P..., 33 ans, domestique.

Entre le 3 août, pour douleurs et pertes blanches.

Bonne santé habituelle.

Réglée à 14 ans, régulièrement. Les règles durent 3 à 4 jours.

Mariée à 18 ans, 2 grossesses à terme.

Les accouchements sont laborieux. Il y a 12 ans, le deuxième accouchement fut très pénible, avec prolapsus consécutif. Le prolapsus fut réduit le lendemain. Le périnée n'a pas été déchiré. Depuis cette époque, la malade se plaint de pertes blanches.

Il y a 2 mois, pertes rouges ménorragiques continuant pendant 3 mois. Elles sont très variables d'importance. Leur couleur est sale. On y trouve de nombreux caillots.

La malade se plaint en même temps de douleurs dans le bas-ventre et les cuisses.

Il y a 5 jours, à la suite d'une injection très chaude, elle perd du sang en abondance et des caillots dont un très gros et très dur. Elle entre dans le service le 3 août 1910.

Examen. — Ventre ballonné et douloureux au palper.

Au toucher, on sent un utérus gros remontant à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse.

Le col est gros, élargi à l'extrémité et largement fendu. Nombreux œufs de Naboth. Au travers des lèvres charnues s'écoule un liquide épais et à odeur forte.

Rien aux annexes.

Le 5 août. — Dilatation aux bougies d'Hégar n° 16. Lavages intra-utérins. Pansements à l'iode. Les jours suivants les douleurs diminuent, mais les pertes persistent. La malade demande alors une intervention chirurgicale que l'on pratique.

Opération. — Le 10 août, curettage sous anesthésie à

l'éther et amputation du col. Pansements à la glycérine créosotée. Lavages intra-utérins et vaginaux.

Le 15me jour, après cinq pansements, la malade demande à sortir.

Les douleurs du ventre, qui avaient diminué après le premier traitement, ont maintenant complètement disparu.

Les règles reviennent normales le 27 août, sans douleur ni pertes.

La malade sort guérie le 30 août.

Résultats. — Revue le 20 janvier 1912.

Pertes complètement disparues.

Les règles sont normales, abondantes, régulières et pas douloureuses.

Les douleurs abdominales et lombaires n'existent plus.

Observation XXXVIII

M... D..., 46 ans, sans profession, à Murviel-les-Béziers.

Entre le 9 juin 1911, salle A. Paré, lit n° 12, pour douleurs abdominales, pertes blanches et pertes rouges.

Réglée à 14 ans, régulièrement, règles moyennement abondantes, durant 3 ou 4 jours, non douloureuses, sans caillots.

Mariée à 20 ans.

Deux accouchements normaux, à terme, d'enfants vivants. Le second meurt d'entérite à 1 mois.

La malade se lève le 3e jour.

Début en février 1911.

Après un arrêt de règles d'un mois, hémorragie

abondante qui dure 12 jours, avec gros caillots, mais sans aucune douleur.

La malade n'a pas gardé le lit.

En mars les règles apparaissent à leur temps, moyennement abondantes.

En avril les règles manquent.

En mai et juin elles sont normales.

Depuis un mois ou deux, douleurs abdominales généralisées, influencées par la fatigue et la menstruation.

Elles furent particulièrement intenses lors des dernières règles, surtout avant l'apparition de l'écoulement sanguin, et obligèrent la malade à garder le lit.

Le ventre n'est pas augmenté de volume.

Examen (le 21 juin 1911). — Col gros, déchiré en étoile.

Corps en rétroversion, réductible, peu volumineux, non douloureux à la mobilisation.

Les culs-de-sac latéraux sont libres.

Au *spéculum* on voit un col congestionné, des lèvres duquel s'écoule un pus épais et glaireux.

Après dilatation, le toucher intra-utérin ne donne rien, mais l'utérus saigne facilement.

Hystéromètre, 8 cm. 5.

On dilate aux laminaires, et on fait un curettage sous anesthésie à l'éther goutte à goutte.

La malade a ses règles sans douleurs, mais les pertes blanches apparaissent de nouveau.

24 juin 1911. — Sous anesthésie à la novocaïne lombaire, amputation du col.

Les suites opératoires sont absolument normales, on panse chaque jour la malade qui voit ses forces revenir très vite.

Les règles apparaissent en juillet avant que la femme

quitte le service ; elles sont abondantes, durent 3 jours et se passent sans douleur.

Aucunes pertes blanches ne les accompagnent.

La malade sort guérie le 30 juillet.

Résultats. — Nouvelles par lettre le 14 janvier 1912.

La malade ne perd plus.

Depuis le 30 juillet elle n'a plus eu ses règles.

Elle souffre toujours un peu du ventre. Constipation habituelle.

Observation XXXIX

M... M..., 26 ans, couturière.

Entre le 14 juin 1909, salle A. Paré, lit n° 7, pour douleurs du bas-ventre et pertes blanches.

Bonne santé habituelle malgré une anémie légère.

Réglée à 18 ans. Règles peu régulières avec avance ou retard. Elles sont peu abondantes, durent 3 ou 4 jours, et se passent sans douleurs ni expulsion de caillots, ni pertes blanches.

Deux mois avant l'apparition de ses règles, la malade nous dit avoir eu une hémarthrose spontanée et considérable du genou droit ayant nécessité une intervention chirurgicale.

Mariée à 23 ans. 2 avortements, l'un à 5 mois, l'autre à 6 mois.

Trois mois après le dernier avortement, les règles devinrent irrégulières et douloureuses. A la moindre fatigue les symptômes douloureux se manifestaient avec irradiation dans les reins, le bas-ventre et les cuisses.

En même temps apparaissent des pertes blanches abon-

dantes qui empèsent le linge. La miction est douloureuse et dans l'urine on trouve de nombreuses glaires.

Vomissements fréquents, anorexie, constipation, amaigrissement 8 kilogs.

Nous voyons la malade le 15 juin 1909.

Examen. — Au *palper*. — Ventre souple, mais douleur dans la région hypogastrique.

Au *toucher*. — Gros col, le fond de l'utérus est en antéflexion légère.

Les culs-de-sac sont douloureux, surtout le cul-de-sac droit où l'on sent l'ovaire augmenté de volume.

Au *spéculum*. — Col gros, érodé autour de l'orifice externe ; par cet orifice s'écoulent d'abondantes glaires.

L'hystéromètre donne 8 cm. et demi.

Le 17 juin.— Dilatation aux laminaires.

On propose à la malade un hystérectomie qu'elle refuse.

Le 18 juin. — Anesthésie au chloroforme, curettage et amputation du col. Mèches de glycérine créosotée. Lavages intra-utérins et vaginaux.

Suites opératoires très bonnes.

Après huit pansements les douleurs du bas-ventre ont disparu ainsi que les pertes blanches.

Les règles reviennent le 11 juillet sans douleur ni pertes consécutives.

Le 30 juillet, la malade sort très améliorée avec des pertes absolument insignifiantes.

Résultats. — Nous voyons la malade le 26 janvier 1912. Les pertes ont persisté mais moins abondantes qu'avant l'intervention. De plus elles ne sont qu'intermittentes.

Les douleurs ne sont pas revenues.

Malgré tout, la malade se trouve bien mieux qu'avant l'intervention. On avait proposé à la malade une hystérectomie, étant donné les douleurs accusées dans les régions annexielles droite et gauche, et ce n'est que sur son refus qu'on avait tenté l'intervention qui, comme il avait été prévu, n'a pas donné entière satisfaction.

Observation XL

B... L..., 27 ans, cuisinière.

Entre dans le service pour pertes blanches.

Bonne santé habituelle.

Réglée à 16 ans. Les règles sont très irrégulières. Tantôt elles retardent, tantôt elles avancent. Durée 5 jours.

Mariée à 20 ans. Depuis son mariage, ni enfant, ni fausse couche, mais d'abondantes pertes blanches, jaunâtres, quelquefois rougeâtres, tachant le linge. Elles sont absolument continues.

Depuis une huitaine de jours, la malade se plaint de douleurs violentes dans la fosse iliaque gauche avec coliques. Incapable de faire un travail suivi, la malade se décide à entrer dans le service le 7 février.

Examen. — Ventre normal. Vagin long. Col allongé et dur. Son orifice est punctiforme, laissant échapper un liquide épais. Les ovaires sont très douloureux. On sent le corps de l'utérus dans le cul-de-sac postérieur. Pas d'annexite.

L'hystéromètre donne 8 cm. 1/2.

Le 10 février, dilatation aux laminaires, lavages et mèche de glycérine créosotée.

Les douleurs persistent et les règles, qui reviennent le 13 février, font réapparaître les pertes blanches.

21 février. — Curettage sous anesthésie et amputation du col.

Mèche à demeure à la glycérine créosotée, tampons de teinture d'iode. Les suites opératoires sont très normales, les douleurs disparaissent peu à peu.

Le 11 mars, la malade sort très améliorée, mais conservant encore quelques légères pertes blanches.

Résultats. — Revue le 25 décembre 1911.

Les pertes blanches sont devenues plus abondantes qu'avant l'intervention.

Les règles sont plus régulières, mais moins fortes et moins douloureuses.

La malade souffre toujours beaucoup du ventre et des reins. Les culs-de-sac sont pris et douloureux, il en est de même des annexes.

Il est à remarquer que Mme B... L... accusait, avant l'intervention, des douleurs violentes dans les régions annexielles droite et gauche et que, dans ce cas, l'intervention, au lieu d'être curative, n'a fait qu'accentuer les pertes par suite du commencement de l'annexite, probablement double, qui a précédé l'intervention.

Observation XLI

M... R..., 33 ans, ménagère.

Bonne santé habituelle, elle n'entre que pour des pertes blanches qui provoquent, paraît-il, à son mari « des irritations du canal ».

Réglée à 14 ans, peu abondamment, ses règles avancent fréquemment.

Accouchement à 20 ans. Suites normales, mais avec une déchirure périnéale.

Depuis cet accouchement, elle accuse d'abondantes pertes blanches. Pas de dysménorrhée. De temps en temps, quelques caillots. Souvent elle éprouve, en dehors de ses règles, de violentes douleurs dans le bas-ventre. Constipation habituelle.

Pesanteur d'estomac après les repas.

Les urines sont normales.

Malgré de fréquentes injections prises en position accroupie, les pertes ne diminuent pas.

Examen. — Légère déchirure périnéale.

Vagin normal. Le col très hypertrophié remplit le fond du vagin : œufs de Naboth. Large érosion autour du museau de tanche. Sécrétion cervicale abondante.

Les culs-de-sac sont normaux ; on ne sent pas les annexes. Seul, le cul-de-sac latéral droit est un peu douloureux à la pression. Le corps de l'utérus est mobile et en position normale.

Opération. — Le 3 juillet, opération et curettage sous anesthésie.

Après trois ou quatre pansements utérins, la malade quitte l'hôpital le 27 juillet, très contente de son état et perdant beaucoup moins.

Résultats. — La malade nous donne de ses nouvelles le 6 janvier 1912.

Les règles sont normales et se passent sans douleurs. Son appétit, capricieux avant l'intervention, est revenu.

La malade a notablement engraissé.

Quelques rares pertes blanches seulement ont persisté.

La malade n'a plus pris d'injections.

Observation XLII

S... R..., 42 ans, domestique, Cette.

Rentre salle A. Paré, lit n° 1, le 12 novembre 1910, pour douleurs et pertes blanches.

Réglée à 15 ans, règles normales durant 2 jours.

Mariée à 17 ans.

Accouchement à 18 ans, suivi de pertes rouges abondantes, puis bientôt de pertes blanches et de douleurs violentes dans les reins, le bas-ventre, surtout à gauche. Douleurs à la miction.

Examen. — Col gros, orifice déchiré transversalement. Orifice punctiforme. Le col saigne facilement. Glaires abondantes.

Le cul-de-sac latéral gauche est douloureux et l'ovaire plus ou moins touché.

Opération (le 24 novembre). — Après dilatation aux laminaires, curettage et amputation du col, sous anesthésie rachidienne.

Suites opératoires très normales.

Le 17 décembre, les règles ont apparu, elles durent 3 jours et se passent sans douleur.

Le 20 décembre 1910, la malade sort avec quelques pertes blanches.

Résultats. — Nouvelles par lettre le 5 janvier 1912.

Les pertes ont diminué mais existent toujours.

Les règles sont normales mais encore douloureuses.

Les douleurs de ventre ont disparu. La malade n'a plus pris d'injections depuis 6 mois.

Observation XLIII

T... E..., 35 ans, bonne, Cette.

Entre salle A. Paré, lit n° 10, le 20 février 1911, pour douleurs et pertes blanches.

Réglée à 13 ans, régulièrement, règles peu abondantes durant 3 jours.

Mariée à 23 ans.

A 24 ans accouchement à terme, au forceps.

A 27 ans accouchement normal sans suites fâcheuses.

A 29 ans accouchement normal sans suites fâcheuses.

A 30 ans avortement de 3 mois, rétention placentaire. A partir de cette époque, douleurs et pertes blanches, les règles sont devenues hémorragiques et irrégulières.

Examen. — Col énorme, déchirure très marquée à gauche et remontant très haut.

Corps assez volumineux, peu douloureux à la mobilisation. Culs-de-sac libres.

25 février 1911. — Après dilatation aux laminaires, curettage et amputation du col par le procédé de Jayle modifié, sous novocaïne lombaire.

Suites opératoires normales.

La malade sort guérie le 26 mars 1911.

Résultats. — Nouvelles par lettre le 9 janvier 1912.

Toujours quelques pertes blanches, les douleurs ont disparu, les règles sont assez régulières.

Bon état général.

Observation XLIV

M... H... T..., 22 ans, marchande ambulante à Vendargues.

Entre le 12 juin 1911, salle A. Paré, pour douleurs abdominales et pertes blanches.

Réglée à 9 ans, règles peu abondantes, peu douloureuses. Accouchement normal à 21 ans suivi de blennorragie intense. Puis avortement de 2 mois. Depuis cette époque, pertes blanc-jaunâtre abondantes, fétides, empesant fortement le linge.

Règles très irrégulières et hémorragiques.

Examen. — Col gros, déchiré, avec ectropion de la muqueuse. Corps en antéflexion, très mobile, peu douloureux à la mobilisation.

Cul-de-sac latéral droit douloureux; on y rencontre un petit corps dur, douloureux au palper, ovaire sclérokystique probablement. Glaires purulentes.

On propose une intervention abdominale que la malade refuse.

Le 14 juin. — Anesthésie rachidienne, curettage et amputation du col. Suites opératoires physiologiques.

La malade demande à sortir le 3 juillet, bien qu'elle ait encore des pertes et qu'on lui conseille de rester dans le service.

Résultats. — Nouvelles par lettre le 17 janvier 1912.

Les pertes blanches existent toujours, mais les règles sont devenues régulières et se passent sans douleurs vives.

Etat général assez bon.

RÉSULTATS

Des objections ont été faites contre l'amputation du col. On a dit qu'elle pouvait donner naissance à des déformations cervicales considérables, à de la sténose, qu'elle altérait à ce point la structure du tissu cervical que la fécondation était très rare, et que des troubles fréquents se produisaient au moment de l'accouchement: difficulté de la dilatation, sténose produisant de la rigidité cervicale.

Mais nous croyons que ces accidents sont imputables à la mauvaise technique employée, à l'inhabileté du chirurgien, plutôt qu'à l'intervention elle-même ; car, si l'affrontement des lambeaux est bien exact, si la suture réunit complètement toute la surface cruentée, si l'orifice nouveau, ménagé par l'avivement et la section, est suffisamment ouvert, si notre bistouri ou nos ciseaux n'agissent pas comme une guillotine, notre utérus après un bon curettage sera débarrassé des tissus infectés qui l'encombrent, les lacérations du col seront réparées et le canal cervical tout entier aura à peu de chose près repris sa forme normale. De ce fait l'amputation du col « ne portera aucun préjudice aux fonctions génitales de la femme » (Bernheim).

Nous avons du reste le plaisir de pouvoir communiquer deux observations dans lesquelles deux malades, après leur intervention, ont eu deux grossesses absolu-

ment normales, comme durée et comme terminaison. Les accouchements, chez les malades que nous citons, ont été ni plus longs, ni plus pénibles que les précédents, et n'ont nécessité ni l'un ni l'autre une intervention quelconque. Les suites ont été tout à fait physiologiques.

Nous avons aussi à signaler trois cas de grossesses sinon certaines, du moins très probables. Nous avons vu l'une de ces trois femmes ; le col utérin est parfaitement reconstitué, il n'existe à sa surface aucune lésion, ni ulcération qui puisse faire songer à de la sténose possible au moment de l'accouchement ; aussi nous n'avons pu que souhaiter à notre patiente, après examen, que sa très louable supposition soit une réalité.

Quant aux résultats de l'amputation elle-même, nous avons eu soin de les faire suivre chacune de nos observations. Nous allons les résumer ici :

Des 59 opérées qui nous occupent 44 ont été vues de nouveau, les unes par M. le professeur de Rouville, les autres par nous-même, d'autres enfin, et ce sont les plus nombreuses, nous ont envoyé de leurs nouvelles par lettre. Il nous est ainsi très facile d'établir une statistique sérieuse.

Guérison complète, avec absence de pertes blanches, règles normales, indolores, état de santé très satisfaisant, pour 50 opérées.

Parmi nos guérisons complètes nous pouvons signaler deux grossesses parfaitement physiologiques avec accouchement et suites de couches très normales. Trois grossesses très probables et bien supportées.

Cinq de nos opérées ont vu leurs pertes blanches ou leurs douleurs lombaires et abdominales persister, mais avec une diminution d'intensité marquée. Chez deux, les pertes n'ont pas disparu complètement, mais les douleurs

sont absentes. Chez les trois autres, c'est l'inverse qui a lieu.

Enfin nous avons un échec complet avec exagérations des pertes et des douleurs, mais nous avons soin de faire remarquer, et c'est à dessein que nous citons ce cas, qu'il s'agissait d'une malade présentant des lésions annexielles incontestables. Or, les lésions annexielles sont une contre-indication formelle pour le curettage et l'amputation du col.

Cette malade, qui du reste « regrette fortement », — ce sont les termes de sa lettre, — de ne pas avoir consenti à l'hystérectomie qu'on lui proposait, n'a donc pas à accuser l'intervention, pratiquée sur sa demande expresse, d'avoir aggravé son état.

Par contre, toutes nos demi-guéries ont leur santé très améliorée et se félicitent de pouvoir « vivre de la vie commune », étant donné leur état précaire avant l'intervention.

Nous voulons, en passant, signaler un fait que nous avons remarqué en lisant les réponses envoyées par nos malades. Une grande partie de ces malades, et parmi elles, celles justement qui n'ont pas eu une guérison complète, se sont abstenues ou à peu près de tous soins hygiéniques après leur sortie de l'hôpital.

Nous ne prétendons certes pas que des injections aient pu en l'occurrence avoir raison de leurs pertes ou de leurs douleurs, mais nous pensons qu'elles auraient pu être un adjuvant sérieux, et que par conséquent les malades ne devaient pas les dédaigner, d'autant plus que ces injections font partie du traitement post-opératoire.

Quoi qu'il en soit, il faut remarquer que les cols sur lesquels nous opérons sont des cols malades, et qu'ainsi, si l'intervention dans certains cas n'a pas donné une guérison pleine et entière, elle a été suivie d'une amélioration incontestable.

CONCLUSIONS

Bien faite et sous la protection d'une asepsie rigoureuse, pratiquée dans de bonnes conditions, l'amputation du col suivie de curettage :

I. — Débarrasse l'utérus des tissus infectés.

II. — Répare les lésions, les lacérations du col, et lui restitue sa forme normale.

III. — Débarrasse les malades de leur leucorrhée, de leurs métrorragies, et fait disparaître les douleurs lombaires et la pesanteur du bas-ventre.

IV. — Permet à l'organe, remis à neuf, de s'adapter de nouveau aux conditions ordinaires de la vie génitale, si compromise par l'état des tissus enflammés, et favorise ainsi la fécondation.

V. — N'entrave pas la marche de la grossesse qui reste normale.

VI. — N'a aucune influence néfaste sur l'accouchement qui se passe, tant au point de vue du travail que de l'expulsion du fœtus, d'une façon des plus régulières.

VII. — Rend les plus grands services, même dans les cas où la guérison n'est pas entière, puisqu'elle produit chez les malades non guéries une amélioration très sensible, leur permettant de « vivre de la vie commune ».

Ainsi donc, pour les métrites chroniques invétérées, ne s'accompagnant pas de lésions annexielles, le traitement de choix, l'*ultima ratio* au dire de Pozzi, c'est l'amputation du col, bien faite, suivie d'un curettage sérieux.

BIBLIOGRAPHIE

Audian. — Traitement des métrites en général (Thèse de Paris, 1897).

Annales de Gynécologie, dernières années.

Boisseau du Rocher. — L'électrolyse et les métrites (Presse médicale, 6 février 1897).

Bouilly. — Hypertrophies glandulaires localisées du col de l'utérus (XIII[e] Congrès international de Médecine. Paris, 1900).

— Des métrites cervicales.

— De l'endométrite cervicale et de son traitement chirurgical.

— Communication du Congrès français de chirurgie, 1896.

Buttner. — Etude anatomique et clinique sur l'endométrite (Semaine médicale, 1911, n° 21).

Bonnet et Petit. — Hypertrophie de la région sous-vaginale du col utérin.

Boursier. — Traité de gynécologie.

Cornil. — Anatomie pathologique des métrites (Journal des connaissances médicales, 1888).

— Journal des communications médicales, juin 1898.

Cailleux. — Thèse de Paris, 1900.

Chartier. — Thèse de Paris, 1899.

Congrès de Gynécologie, 1892.

Cristineau. — Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale, juillet, 1904.

Despréaux. — Du curettage de l'utérus ; contre-indications (Thèse de Paris, 1888).

Desmoulins. — Thèse de Paris, 1887.

Doléris. — De l'endométrite et de son traitement (Nouv. archives d'obstr. et de gynécol., 1887).

Despréaux. — Thèse de Paris, 1898.
Dubouchet. — Thèse de Paris, 1901.
Delbet. — Traitement des métrites chroniques par les injections de chlorure de zinc.
F. de la Torre. — L'amputazione de collo uterino in rapporta alla gravidanza e dei parti ulteriori (Rev. gynécol., 1899, 3).
Fraenkel. — Du traitement de l'endométrite chronique (Wien. medical Presse, juillet 1893).
Guibout. — De la métrite ; son traitement (Thèse de Paris, 1900).
Guillhaut des Fontaines. — Thèse de Paris, 1892.
Hepp. — Sclérose utérine et métrique chronique (Paris, 1899).
Huguenin. — Résultat du curettage dans les métrites chroniques (Revue de gynécologie, Paris, 1897).
— Les indications du curettage utérin (Concours médical, 1895).
Jaccoud. — Dictionnaire de médecine. Art. Métrites.
Hirsch (J.). — De la soi-disant métrite chronique (Semaine médicale, 6 avril 1910).
Janvrin. — Thèse de Bordeaux, 1899.
Jalin. — Les métrites et leurs traitements (Rev. de gynécologie, 1897).
Lautemberg. — Traitement des métrites chroniques (Centralblatt für Gynecologie, 1901).
Letixerant. — Les cautérisations du col de l'utérus (Thèse de Paris, 1897).
Léopold. — Archiv. für Gynecologie, 1897.
Le Dentu. — Gazette des hôpitaux, mars 1897.
Mauclaire. — Annales de Gynécologie, 1897.
Monod et Rocaz. — Thèse de Bordeaux, 1892.
Malvy. — Endoscopie.
Muller. — De la toux utérine (Thèse de Paris, 1897).
Ozène. — Semaine gynécologique, avril 1910.
Onimus et Legros. — Traité d'électricité médicale.
Pichevin. — Semaine gynécologique, avril 1911.
— Semaine gynécologique, octobre 1910.
— Semaine gynécologique, mars 1909.
Petit. — Congrès de Paris, 1900.
Pozzi. — Traité de gynécologie.
— Etude sur les endométrites (Congrès de Paris, 1900).

Pozzi et Chabry. — Revue de gynécologie et de chirurgie, 1900.
Picring. — Du massage en gynécologie (Prat. méd., janv. 1901).
Picherin. — Introduction à la pratique de la gynécologie.
Richelot. — Traité de chirurgie.
— Sur le traitement de la métrite cervicale.
— La sclérose utérine et la métrite vraie.
Raffray. — Considérations sur les métrites. Paris, 1894.
Richard. — Thèse de Paris, 1896.
Ricou. — Thèse de Paris, 1896.
Revue de gynécologie (dernières années).
Richelot. — Chirurgie de l'utérus.
Rouville (de). — Consultations gynécologiques.
Robin et Dalche. — Maladie des femmes.
Ruge. — Zeit. für Geb. und Gynecologie, 1881, vol. V.
Rabinowich. — Métrite du col.
Remy. — Gazette médicale, 1910.
Siredey et Faure (J.-L.). — Traité de chirurgie.
— La gynécologie, 1901.
— Congrès de chirurgie, 1904.
— Traité de gynécologie.
Saint-Jean. — Déchirures du col (Paris, 1908).
Thomson. — Les bains d'air chaud dans les endométrites chroniques, 1895.
Vaugeon. — Traitemeut de la métrite chronique par les caustiques Filhos.
Waldo. — Traitement de l'endométrite (American Journal of obstr., mars 1892).
Waydre. — Les scarifications linéaires (Paris, 1900).
Wylic. — Hersage et drainage de l'utérus (American Journal of obst., avril 1897).

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 23 février 1912.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 23 février 1912.
Pour le Doyen,
L'Assesseur délégué,
SARDA.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!